



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ORAIS DE ALUNOS DO
CURSO DE MEDICINA DENTÁRIA DO INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por:
Beatriz Simões Barros
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro 2017



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ORAIS DE ALUNOS DO
CURSO DE MEDICINA DENTÁRIA DO INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por:

Beatriz Simões Barros

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por:

Prof. Doutor Ignácio Barbero

e coorientado por

Prof. Doutor Sérgio Félix e Mestre André Mariz Almeida

Setembro 2017

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor Ignácio Barbero, por ter aceite o meu projeto.

Ao meu co-orientador, Prof. Doutor Sérgio Félix, pela disponibilidade, dedicação e paciência, por acreditar no meu trabalho e me apoiar em todos os momentos.

Aos professores André Almeida e Pedro Abecasis, por toda a dedicação e apoio incondicional, por me ajudarem neste e noutros projetos, por me incentivarem a evoluir e a ser melhor.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, aos seus docentes e à Direção Clínica, que contribuíram para a minha formação e evolução como pessoa.

Aos meus pais, sem eles nada era possível. Obrigada por toda a dedicação e esforço, por estarem presentes nos bons e maus momentos do meu percurso académico e pessoal, por acreditarem sempre em mim e nunca me deixarem desistir.

À minha avó, por todo o apoio incondicional, por todas as palavras carinhosas e sábias, por acreditar nas minhas capacidades e incentivar-me a ser melhor.

A toda a minha família que esteve sempre presente durante esta etapa importante da minha vida.

Ao meu namorado, pela paciência, amor e dedicação, por me apoiar incondicionalmente e estar presente em todas as etapas da minha vida, sem nunca deixar de acreditar em mim e no meu trabalho.

À melhor parceira de box, Raquel Martins, obrigada por toda a paciência, partilha e amizade. Levo uma amiga para a vida.

Aos meus parceiros de monitorização, Filipa Pimenta, João Brito, Ana Cordeiro, Cátia Pina e Vera Cheroux, deixo um especial agradecimento. Espero continuar a evoluir ao vosso lado.

A todos os meus amigos, obrigada por estarem presentes durante o meu percurso académico, por todo o apoio, companheirismo, paciência e amizade.

A todos os meus colegas de curso que, de certa forma, contribuíram para o meu sucesso académico.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de hábitos parafuncionais em alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Instituto Superior de ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), comparando os resultados obtidos no questionário Lista de Avaliação dos Comportamentos Orais (LACO) e questionário de caracterização da amostra. A partir destes questionários procurar, também, uma relação entre bruxismo de vigília e bruxismo do sono, mascar pastilha elástica e bruxismo, bem como, tratamento ortodôntico e diferentes comportamentos orais deletérios.

Materiais e Métodos: A amostra consistiu em 250 alunos dos cinco anos do MIMD (50 alunos por cada ano) com idades compreendidas entre 18-24 anos, tendo sido pedido para preencherem o consentimento informado e dois questionários relativos a hábitos parafuncionais (questionário de caracterização da amostra e LACO). De seguida foi realizada a análise estatística.

Resultados: Segundo o questionário de caracterização da amostra mascar pastilha tem uma prevalência de 72%. Comer entre as refeições e bocejar, segundo a LACO, têm uma prevalência de 96%. Morder a língua, bochechas ou lábios e roer unhas, lápis ou canetas têm um valor de significância estatística com o ano de $p=0,016$; $p=0,045$, respetivamente. A relação entre bruxismo do sono e de vigília; mascar pastinha e bruxismo; tratamento ortodôntico e os diferentes hábitos tem um valor de $p > 0,05$.

Conclusão: O hábito mais prevalente no questionário de caracterização da amostra é mascar pastilha, enquanto na LACO é comer entre refeições e bocejar. Morder a língua, bochechas ou lábios e roer unhas, lápis ou canetas estão relacionadas com o ano do curso. Não há relação entre bruxismo do sono e vigília; mascar pastinha e bruxismo; tratamento ortodôntico e os diferentes hábitos. Existe diferenças entre os resultados obtidos na LACO e o questionário de caracterização da amostra.

Palavras-Chave: Hábitos parafuncionais; Lista de Avaliação dos Comportamentos Orais; Alunos; DC-TMD.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the prevalence of parafunctional habits in students of the Integrated Master's Degree in Dentistry (IMDD) of Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), comparing the results obtained in the *Oral Behaviors Checklist-Portuguese* questionnaire (OBC-P) and sample characterization questionnaire. From these questionnaires, we also look for a relation between awake bruxism and sleep bruxism, chewing gum and bruxism, as well as orthodontic treatment and different deleterious oral behaviors.

Methods and Materials: The sample consisted of 250 students from the five years of the IMDD (50 students per year) aged 18-24 years, who were asked to fill in the informed consent form and two questionnaires related to parafunctional habits (sample characterization questionnaire and OBC-P). Next, statistical analysis was performed.

Results: According to the questionnaire characterization of the sample chewing gum has a prevalence of 72%. Eating between meals and yawning, according to OBC, have a prevalence of 96%. Biting the tongue, cheeks or lips and biting nails, pencils or pens have a value of statistical significance with the year of $p = 0.016$; $p = 0.045$, respectively. The relationship between sleep and waking bruxism; chewing gum and bruxism; orthodontic treatment and the different habits have a value of $p > 0.05$.

Conclusion: The most prevalent habit in the sample characterization questionnaire is chewing gum, while in OBC it is eating between meals and yawning. Biting your tongue, cheeks or lips and biting nails, pencils or pens are related to the year of the course. There is no relation between sleep and waking bruxism; chewing gum and bruxism; orthodontic treatment and the different habits. There are differences between the results obtained in OBC and the questionnaire characterizing the sample.

Key-Words: Parafunctional habits; *Oral Behaviors Checklist-Portuguese*; Students; DC-TMD.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO TEÓRICA.....	9
1. ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	9
1.1. Definição	9
1.2. Estruturas ósseas	9
1.3. Disco Articular	10
1.4. Cápsula articular.....	11
1.5. Membrana e líquido sinovial.....	11
1.6. Ligamentos	12
1.7. Músculos	13
2. DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES.....	14
2.1. Definição	14
2.2. Classificação.....	14
2.3. Epidemiologia	15
2.4. Etiologia	16
2.5. Diagnóstico.....	19
3. STRESS	21
3.1. Definição	21
3.2. Stress Ocupacional	22
3.3. Síndrome de Burnout	22
3.4. Stress e DTM.....	24
4. HÁBITOS PARAFUNCIONAIS	25
4.1. Definição	25
4.2. Hábitos Parafuncionais e DTM	25
5. <i>ORAL BEHAVIORS CHECKLIST</i>	27
5.1. O que é?.....	27
5.2. Qua hábitos avalia?	27

OBJETIVOS	33
MATERIAIS E MÉTODOS	34
1. Tipo de Estudo.....	34
2. Aprovação do estudo	34
3. Recolha da Amostra.....	34
3.1. Local do Estudo.....	34
3.2. Critérios de inclusão.....	35
3.3. Critérios de Exclusão	35
4. Material utilizado no estudo	35
4.1. Questionário de caracterização da amostra	35
4.2. Questionário LACO	36
5. Método da Recolha da Amostra	36
5.1. Considerações Éticas do Exame Clínico	36
5.2. Agrupamento da Amostra	37
6. Tratamento de dados e Análise Estatística	37
RESULTADOS	39
1. Caracterização da amostra	39
1.1. Relativamente ao Género	39
1.2. Relativamente à Idade	41
1.3. Relativamente ao Ano Letivo.....	42
1.4. Relativamente ao tratamento ortodôntico	42
2. Comportamentos orais deletérios mais frequentes no MIMD do ISCSEM	43
3. Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada ano do curso.	45
4. Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada género.	47
5. Relação entre bruxismo do sono e bruxismo de vigília.....	49
6. Relação do tratamento ortodôntico com os diferentes comportamentos orais deletérios.....	49

7. Relação entre mascar pastilha elástica e bruxismo.....	51
DISCUSSÃO	53
CONCLUSÃO.....	59
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS.....

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Classificação das DTM. Adaptado de Almeida et al., 2016.	15
Gráfico 2 -Processo da recolha da amostra.....	36
Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo o Género.	39
Gráfico 4 -Caracterização da amostra por ano segundo o Género.	40
Gráfico 5 -Caracterização do total de Alunos do MIMD segundo o Género.	40
Gráfico 6 -Caracterização dos Alunos de cada Ano do MIMD segundo o Género.	41
Gráfico 7 - Caracterização da amostra segundo a Idade.....	41
Gráfico 8 - Caracterização da amostra segundo o Ano Letivo	42
Gráfico 9 -Caracterização da amostra segundo o tratamento ortodôntico.....	42
Gráfico 10 -Comportamentos orais deletérios dos Alunos do MIMD (questionário de caracterização da amostra).....	43
Gráfico 11 -Comportamentos orais deletérios dos Alunos do MIMD (LACO).....	44
Gráfico 12 -Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada Ano do MIMD (questionário de caracterização da amostra).....	45
Gráfico 13 -Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada Ano do MIMD (LACO).....	46
Gráfico 14 -Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada género (questionário de caracterização da amostra).....	47
Gráfico 15 -Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada género (LACO).	48
Gráfico 16 -Relação entre bruxismo do sono e de vigília.	49
Gráfico 17 -Relação entre Mascar pastilha elástica e Bruxismo (questionário de caracterização da amostra).....	51
Gráfico 18 -Relação entre Mascar pastilha elástica e Bruxismo (LACO).....	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -Agrupamento das categorias de resposta referentes às atividades durante o sono do questionário LACO.	37
Tabela 2 -Agrupamento das categorias de resposta referentes às atividade durante as horas em que está acordado do questionário LACO.	38
Tabela 3 -Relação entre o tratamento ortodôntico e os diferentes comportamentos deletérios que o questionário de caracterização da amostra avalia.	49
Tabela 4 -Relação entre o tratamento ortodôntico e os diferentes comportamentos deletérios que a LACO avalia.	50

LISTA DE SIGLAS

1. **ATM** - Articulação Temporomandibular
2. **DTM** - Disfunção Temporomandibular
3. **RDC-TMD** - *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*
4. **DC-TMD** - *Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders*
5. **OBC** - *Oral Behaviors Checklist*
6. **LACO** - Lista de Avaliação de Comportamentos Orais
7. **ISCSEM** - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
8. **MIMD** - Mestrado Integrado em Medicina Dentária

INTRODUÇÃO TEÓRICA

1. ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

1.1. Definição

O aparelho estomatognático é a interação entre músculos, ligamentos, ossos, dentes, nervos e a articulação temporomandibular (ATM) (Santos et al., 2010)

A ATM envolve a porção escamosa do crânio e o côndilo da mandíbula tendo um papel importante, como unidade funcional, na mastigação, fala, deglutição, respiração e paladar (Norton, 2012; Santos et al., 2010).

Classifica-se como bicondilomeniscartrose conjugada e é a única articulação com sinovial do crânio (Okeson, 2014; Santos et al., 2010).

1.2. Estruturas ósseas

A ATM envolve estruturas ósseas de dois ossos distintos, os côndilos da mandíbula e o tubérculo articular e a fossa mandibular do temporal (Norton, 2012; Okeson, 2013; Santos et al., 2010).

Os côndilos têm uma forma ovóide e superfície articular convexa. Os movimentos de subida e descida, lateralidade e projeção para a frente e para trás da mandíbula são condicionados pela morfologia dos côndilos que realizam translação e rotação para a execução dos mesmos (Santos et al., 2010).

A fossa mandibular, também conhecida por fossa glenóide, é limitada anteriormente pelo tubérculo articular e posteriormente pelo canal auditivo externo apresentando uma superfície articular côncava (Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010).

Esta fossa encontra-se dividida em duas porções: uma posterior não articular e uma anterior articular, sendo esta divisão feita pelas fissuras tímpano-escamosa e petro-

timpânica. A porção anterior, juntamente com o tubérculo articular, constitui a superfície articular do temporal (Rouvière & Delmas, 2005).

Assim, as superfícies articulares dos dois ossos que constituem a ATM são convexas, pelo que existe a interposição do disco articular (Santos et al., 2010).

Ao contrário da maioria das articulações sinoviais, as superfícies articulares da ATM encontram-se revestidas por fibrocartilagem que apresenta uma maior capacidade de resistência e reparação quando comparada com a cartilagem hialina (Santos et al., 2010).

1.3.Disco Articular

É constituído por tecido conjuntivo fibroso denso rico em colagénio, e apresenta uma superfície articular, superior e inferior, côncava (forma bicôncava) (Norton, 2012; Santos et al., 2010).

O disco é uma estrutura com um papel funcional uma vez que atua como uma face articular passiva e móvel, recebendo movimentos de translação feitos pelo côndilo da mandíbula. Move-se de forma passiva para se posicionar entre o côndilo da mandíbula e a fossa mandibular e tubérculo articular (Santos et al., 2010).

As zonas posterior e anterior são mais espessas, delimitando uma zona intermédia mais fina, assim, a porção posterior do disco possui 3 mm, a porção intermédia 1mm e a porção anterior 2mm (Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010). No sentido transversal a zona medial apresenta uma espessura superior à zona lateral (Santos et al., 2010).

A zona lateral é a principal área de suporte de carga tendo, por isso, um potencial de perfuração elevado (Norton, 2012).

O disco está limitado na zona anterior pela cápsula e músculo pterigoideu lateral, na zona posterior pelo ligamento posterior, e nas zonas laterais pelos ligamentos colaterais (cápsula articular) (Santos et al., 2010).

O disco é innervado apenas na região posterior e bem vascularizado na periferia, contudo, é avascular na porção central (Norton, 2012; Santos et al., 2010). Tem um potencial de regeneração reduzido e a nutrição é feita através do líquido sinovial (Santos et al., 2010).

1.4.Cápsula articular

A cápsula articular é um dos meios de união da ATM que se insere nas superfícies articulares desta articulação (Norton, 2012; Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010).

O disco articular encontra-se aderido em quase toda a periferia da cápsula articular, com a exceção da zona posterior, dividindo a articulação em dois compartimentos: superior ou temporo-meniscal e inferior ou menisco-maxilar (Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010).

Geralmente é uma estrutura fina, reforçada nas faces mesial e lateral por ligamentos, e, internamente, encontra-se revestida por uma membrana sinovial altamente vascularizada (Norton, 2012; Santos et al., 2010).

1.5.Membrana e líquido sinovial

Como referido anteriormente, o disco divide a articulação em dois compartimentos e cada um apresenta uma membrana sinovial que reveste internamente a cápsula correspondente (Rouvière & Delmas, 2005).

A membrana é formada por duas camadas, uma íntima secretora que tem como função a síntese de ácido hialurónico e proteínas a partir das células tipo A e tipo B respetivamente, e uma camada subíntima de tecido conjuntivo laxo, vascularizada e innervado (Santos et al., 2010).

O líquido sinovial é uma mistura de ácido hialurónico, água e iões apresentando um volume total aproximadamente de 1 ml. É responsável pelo metabolismo e nutrição das estruturas avasculares assim como pela lubrificação biológica (Okeson, 2013; Santos et al., 2010).

Um aumento da carga muscular ou uma alteração bioquímica do líquido sinovial provocam uma perda de viscosidade e, conseqüentemente, um aumento da resistência ao atrito (Santos et al., 2010).

1.6.Ligamentos

Os ligamentos são estruturas de colagénio não elásticas, limitando apenas os movimentos articulares, uma vez que não participam diretamente nos mesmos (Okeson, 2013, 2014; Santos et al., 2010).

Uma vez que são vascularizados e inervados, são passíveis de sofrerem processos inflamatórios apresentando sintomatologia dolorosa (Santos et al., 2010).

Assim, podemos descrever os ligamentos como: ligamento lateral, colaterais, posterior, capsular e ligamentos acessórios (Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010).

O ligamento lateral ou temporomandibular situa-se na face lateral da cápsula articular, funde-se com o ligamento colateral lateral, impedindo o deslocamento lateral bem como o deslocamento medial da articulação oposta (Norton, 2012; Santos et al., 2010).

Os ligamentos colaterais são constituídos pelo ligamento colateral medial e ligamento colateral lateral, representando o espessamento da região medial e lateral da cápsula articular respetivamente. Têm como função unir o disco articular ao côndilo mandibular (Norton, 2012; Okeson, 2013, 2014; Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010).

O ligamento posterior, que representa o tecido retrodiscal/zona bilaminar, é altamente vascularizado e inervado (Okeson, 2014; Santos et al., 2010).

A cápsula limita os movimentos do disco, constituindo assim, o ligamento capsular (Santos et al., 2010).

Por último, os ligamentos esfenomandibular, estilomandibular e ptérigo-espinhal constituem os ligamentos acessórios (Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010).

1.7.Músculos

Os músculos que atuam sobre a ATM são os músculos mastigadores, os músculos supra e infra hióideus, músculos da mímica e músculos auxiliares (Okeson, 2013; Santos et al., 2010).

Os músculos mastigadores são quatro: masséter, temporal, pterigoideu medial e pterigoideu lateral (Rouvière & Delmas, 2005; Santos et al., 2010).

Como músculos auxiliares temos: trapézio, platisma e esternocleidomastoideu (Santos et al., 2010).

É raro os movimentos da mandíbula ocorrerem de forma isolada, envolvendo assim, combinações complexas de atividade muscular (Santos et al., 2010).

2. DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

2.1. Definição

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) são um grupo heterogêneo de patologias caracterizadas por alterações músculo-esqueléticas, envolvendo a ATM e/ou os músculos mastigatórios, podendo ser consideradas como principal causa de dor crónica orofacial (Akhter et al., 2004; Alzarea, 2015; L. Barbosa, Lucena, Sávio, & Góes, 2006; Blanco-Hungría et al., 2016; Ferreira, Simamoto-Júnior, Novais, Tavares, & Fernandes-Neto, 2014; Figueiredo Cavalcanti, Studart, Kosminsky, Sávio, & De Goes, 2010; Daniele Manfredini, 2010; Okeson, 2014; Pacan, Grzesiak, Reich, Kantorska-Janiec, & Szepietowski, 2014; Van Der Meulen, Lobbezoo, Aartman, & Naeije, 2014; Ephraim Winocur, Littner, Adams, & Gavish, 2006; Wu et al., 2017).

Doentes com DTM apresentam, normalmente, um ou mais sinais e sintomas como dor nos músculos mastigatórios e cervicais e/ou ATM, ruídos articulares, dor durante os movimentos mandibulares, assim como a limitação ou assimetria dos mesmos (L. Barbosa et al., 2006; Blanco-Hungría et al., 2016; Ferreira et al., 2014; Figueiredo Cavalcanti et al., 2010; C. A. Rodrigues, Magri, Melchior, & Mazzetto, 2015).

Outros sinais e sintomas podem estar associados à DTM como: otalgia, zumbidos, vertigens, disfunções cervicais e cefaleias. Fatores psicológicos e emocionais estão frequentemente associados, podendo agravar a DTM (Almeida, Fonseca & Félix, 2016; Reissmann, John, Schierz, & Wassell, 2007; Robin & Chiomento, 2011).

2.2. Classificação

Tendo em conta as alterações fisiopatológicas, podemos classificar as DTM em três grupos: as disfunções de origem muscular, as artralguas, artrites e artroses (processo destrutivo da cartilagem discal) e ainda as discopatias (relação entre o côndilo e o disco articular anormal) (Daniele Manfredini, 2010; Daniele Manfredini, Bucci, & Nardini, 2007; Poveda Roda, Bagán, Díaz Fernández, Hernández Bazán, & Jiménez Soriano, 2007; Reissmann et al., 2007).

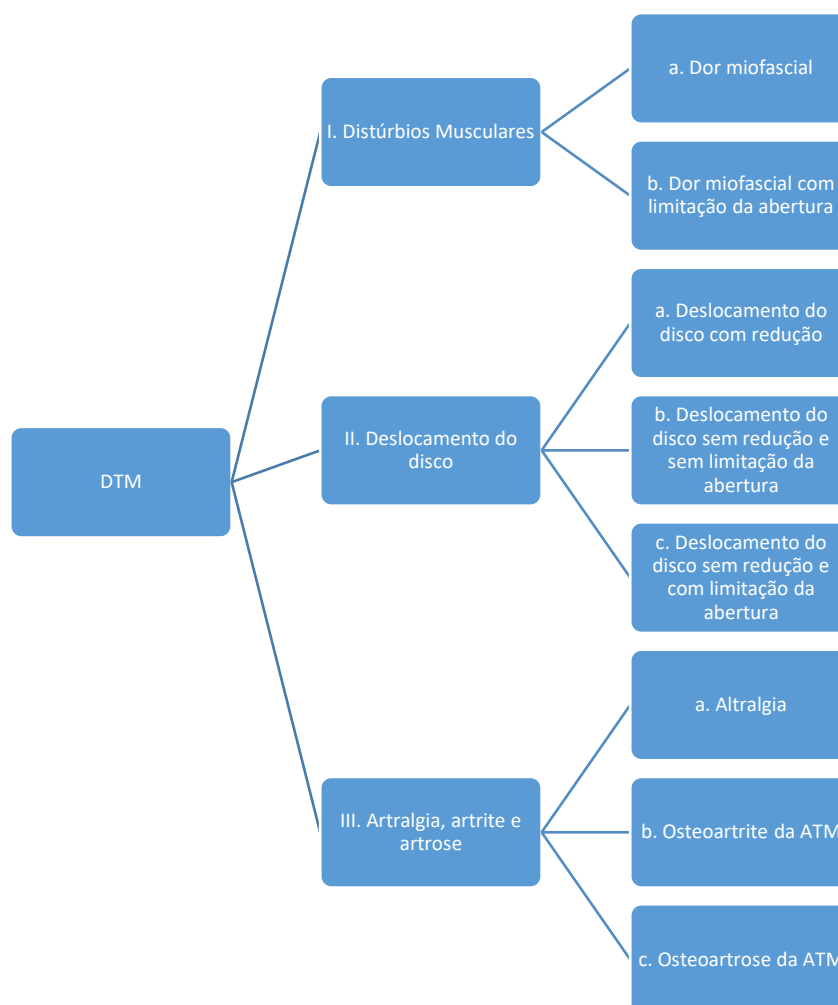


Gráfico 1-Classificação das DTM. Adaptado de Almeida *et al.*, 2016.

2.3.Epidemiologia

A DTM é considerada como a principal causa de dor facial de origem não dentária (Almeida et al., 2016; Ferreira et al., 2014; Daniele Manfredini, 2010).

A prevalência da DTM na população adulta situa-se entre 6% e 12%. Da população em geral, 75% apresentam, pelo menos, um sinal de DTM, 33% um sintoma e 3,5% a 7% já teve necessidade de procurar tratamento (Alzarea, 2015; Daniele Manfredini, 2010; Poveda Roda et al., 2007; Robin & Chiomento, 2011).

Okeson (2013) apresenta percentagens diferentes, afirmando que apenas 56% da população apresenta, pelo menos, um sinal e 41% um sintoma.

É mais prevalente na faixa etária entre os 20-40 anos, sendo duas vezes mais prevalente no sexo feminino em relação ao sexo masculino, contudo, muitos estudos não encontram relação da DTM com o género (Alzarea, 2015; Daniele Manfredini, 2010; Daniele Manfredini et al., 2007; Okeson, 2013; Robin & Chiomento, 2011).

Estudos mais recentes, sobre os sinais e sintomas da DTM, demonstram que 8% a 20% dos indivíduos apresentam *clicks*, 4% a 15% crepitação, 4% a 10% dor na ATM, 3% a 17,5% dor muscular e 4% a 9% limitação de abertura da boca (Daniele Manfredini, 2010).

Segundo Daniele Manfredini (2010), um grupo geriátrico apresenta uma maior prevalência de sinais como *clicks* (38%) e crepitação (21%) em comparação com um grupo de indivíduos jovens (que apresentam 7% e 0%, respetivamente). Estes dados podem estar relacionados com a relação entre a idade e a degeneração articular. Já os sintomas de DTM, como dor na articulação e dor muscular, são mais prevalentes em indivíduos jovens (16% vs 0% e 22,7% vs 10,3%, respetivamente) (Daniele Manfredini, 2010).

2.4.Etiologia

A etiologia precisa da DTM ainda está por ser esclarecida, contudo, a maioria dos autores afirma que se trata de uma patologia de etiologia multifatorial e complexa (Akhter et al., 2004; Alzarea, 2015; Ferreira et al., 2014; Daniele Manfredini, 2010; Daniele Manfredini et al., 2007; Michelotti, Cioffi, Festa, Scala, & Farella, 2010; Okeson, 2013; Robin & Chiomento, 2011).

As DTM apresentam fatores de risco locais e sistémicos e podem ser classificados em três categorias distintas:

1. Fatores precipitantes: são fatores que dão início à doença, como hábitos parafuncionais, episódios traumáticos e cargas excessivas no sistema estomatognático.
2. Fatores predisponentes: são fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da patologia, do qual fazem parte alterações estruturais, sistémicas e psicológicas.

3. Fatores perpetuantes: são fatores que interferem com a cicatrização, podendo ainda, aumentar a progressão da doença onde se incluem alterações emocionais e hormonais e os fatores parafuncionais (Ferreira et al., 2014; Daniele Manfredini, 2010; Daniele Manfredini et al., 2007; Okeson, 2013; Robin & Chiomento, 2011; Sanz, Fonseca, & Oliveira, 2015).

Segundo Okeson (2013), podemos identificar cinco principais fatores etiológicos da DTM, tais como: trauma, padrão oclusal, stress, estímulo de dor profunda e hábitos parafuncionais.

Assim, é importante referir de cada um o seguinte:

A. Trauma

O trauma, como fator etiológico das DTM, pode levar a uma alteração funcional do sistema mastigatório (Okeson, 2013).

Tem um maior impacto nas patologias intracapsulares do que nos distúrbios musculares e pode ser dividido em dois tipos, microtrauma e macrotrauma:

- a. Microtrauma: força de intensidade baixa que é aplicada, repetitivamente, às estruturas do sistema estomatognático por períodos prolongados. Os hábitos parafuncionais são exemplo deste tipo de trauma.
- b. Macrotrauma: qualquer tipo de força que provoca uma alteração estrutural do sistema mastigatório. Pode subdividir-se em direto (como por exemplo um, murro no queixo) e indireto (golpe de chicote na face) (Almeida et al., 2016; Daniele Manfredini, 2010; Okeson, 2013).

B. Padrão Oclusal

O padrão oclusal não é considerado o principal fator de risco de DTM, pois a sua relação com o padrão oclusal é reduzida (Daniele Manfredini, 2010; Okeson, 2013; Poveda Roda et al., 2007; Robin & Chiomento, 2011; Sanz et al., 2015).

Contudo, sabe-se que os padrões oclusais estáveis são imprescindíveis para uma função mastigatória satisfatória e equilibrada (Okeson, 2013).

Mordida cruzada anterior e/ou posterior, mordida aberta, overjet e overbite aumentadas, interferências e ausência de guia canina ou peças dentárias, são considerados fatores de risco uma vez que alteram o padrão oclusal (Poveda Roda et al., 2007; Robin & Chiomento, 2011).

C. Stress

O hipotálamo, o sistema reticular e o sistema límbico, são os responsáveis pelos estados emocionais de cada indivíduo. O stress atua no corpo humano ativando o eixo hipotálamo-hipófise que, por sua vez, através do sistema nervoso autónomo, promove a contração muscular modificando a tonicidade dos músculos da cabeça e do pescoço. (Chisnoiu, Lascu, Pascu, Georgiu, & Chisnoiu, 2015; Okeson, 2013).

Desta forma, o stress causa hiperatividade muscular e, conseqüentemente, fadiga, causando espasmos musculares que, por sua vez, originam contraturas e um padrão oclusal desarmonioso, constituindo mecanismos predisponentes e perpetuantes da DTM (Almeida et al., 2016; Poveda Roda et al., 2007).

D. Estímulo de dor profunda

Perante uma dor profunda, o tronco encefálico é ativado e, conseqüentemente, existe uma co-contracção como método de protecção. Este tipo de dor pode aparecer de diversas formas como, por exemplo, limitação da abertura da boca, podendo induzir em erro o médico dentista, uma vez que esta limitação pode indicar uma DTM, quando na verdade é apenas uma resposta secundária à dor profunda. Assim que este estímulo desaparecer a abertura da boca volta ao normal (Okeson, 2013).

E. Hábitos parafuncionais

A atividade dos músculos mastigatórios está dividida em dois tipos: funcional e parafuncional (Okeson, 2013).

Ranger ou apertar os dentes, mascar pastilha elástica, roer unhas, morder bochechas, língua ou lábios, são exemplos deste tipo de hábitos, que são comuns e fatores etiológicos

importantes de DTM (Michelotti et al., 2010; Okeson, 2013; Poveda Roda et al., 2007; Robin & Chiomento, 2011).

Os hábitos parafuncionais causam uma hiperatividade muscular, podendo originar sintomas associados à DTM (Emodi-Perlman et al., 2012; Okeson, 2013).

2.5. Diagnóstico

Com o objetivo de disponibilizarem um sistema de classificação fiável e reprodutível para as DTM, de modo a tornar o diagnóstico universal e permitir a escolha de tratamento mais adequada entre Médicos Dentistas, Dworkin e LeReshe, em 1992, desenvolveram o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC-TMD) (Blanco-Hungria et al., 2016; Figueiredo Cavalcanti et al., 2010; Poveda Roda et al., 2007; Schiffman et al., 2014).

O RDC-TMD é um sistema de classificação de duplo eixo integrando no diagnóstico de critérios físicos (Eixo I) e critérios psicossociais (Eixo II) (Daniele Manfredini, 2010; Daniele Manfredini et al., 2007; Okeson, 2013; Schiffman et al., 2014).

Após os estudos realizados sobre o RDC-TMD concluiu-se que tinha uma aplicação clínica reduzida e, por esse motivo, procedeu-se à realização de um novo sistema de diagnóstico, igualmente simples e acessível, mas com uma aplicação clínica mais eficaz baseado no RDC-TMD (Almeida et al., 2016; Schiffman et al., 2014).

Assim, em 2013 surgiu o *Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders* (DC-TMD) que integra o mesmo modelo de duplo eixo, incluindo, no Eixo I, um questionário de identificação e algoritmos de diagnóstico das DTM relacionadas com a dor, sendo posteriormente publicada em Janeiro de 2014 (Almeida et al., 2016; Peck et al., 2014; Schiffman et al., 2014).

No Eixo I do DC-TMD são avaliados 10 critérios: localização da dor nos últimos 30 dias; relação incisal; padrão de abertura; movimentos de abertura; movimentos de lateralidade e de protrusão; ruídos articulares em abertura e encerramento; ruídos articulares em protrusão e lateralidade; bloqueio da ATM; dor à palpação muscular e da ATM; dor à palpação em músculos acessórios (Schiffman et al., 2014).

No Eixo II é feita uma análise ao autoconhecimento e perceção do doente quanto à intensidade da dor, nível de stress, limitação funcional da mandíbula e níveis de ansiedade e depressão (Schiffman et al., 2014).

3. STRESS

3.1. Definição

O stress é um conceito complexo que abrange diversas áreas científicas, podendo ser definido como uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência de adaptação (Baum & Contrada, 2011; Chisnoiu et al., 2015; Pinto Leal, 1998).

O stress psicológico faz parte das nossas vidas e nem sempre é prejudicial. Muitas vezes é uma força motivacional que nos leva a realizar tarefas ou a alcançar os nossos objetivos (Chisnoiu et al., 2015; Pinto Leal, 1998).

As circunstâncias ou experiências que originam stress são conhecidas por stressores, originando uma resposta positiva ou negativa do nosso organismo. Este reage adaptando-se e reajustando-se de forma a alcançar o equilíbrio (Pinto Leal, 1998).

Assim, nem todas as condições de stress são prejudiciais para o organismo, podendo a resposta aos diferentes fatores de stress ser positiva (eustress) ou negativa (distress) (Baum & Contrada, 2011; Chisnoiu et al., 2015).

Okeson (2013) considera o stress como um tipo de energia que é libertada pelo corpo em situações stressantes. Assim, existe dois tipos de mecanismo de libertação:

- Externo: A energia é libertada através de atividades como atirar objetos, gritar ou bater em objetos/pessoas. Este tipo de mecanismo é natural e comparado a uma criança a fazer uma “birra”. Como a sociedade reprova este tipo de comportamento, houve a necessidade de aprender outro tipo de mecanismo como realizar exercício físico.
- Interno: O stress é libertado dentro do organismo originando alterações psicofisiológicas como hipertensão, arritmia, síndrome do intestino irritável, asma e aumento do tônus muscular na região da cabeça e pescoço. Pode, ainda, aumentar os níveis de atividade parafuncional, como bruxismo (Okeson, 2013).

O nível de tolerância aos fatores de stress varia de indivíduo para indivíduo e cada um pode apresentar limiares de tolerância diferentes ao longo da vida, podendo ser influenciado pela nutrição, estado de saúde geral, fadiga, idade ou saúde mental (Chisnoiu et al., 2015).

3.2. Stress Ocupacional

Cada profissão tem as suas fontes de stress e as que estão relacionadas com a área da saúde são as que apresentam níveis de stress mais elevados. Isto conduz a um risco acrescido de doenças cardiovasculares, ansiedade e depressão (Pinto Leal, 1998).

Vários estudos demonstram que a profissão Médico Dentista não é uma exceção (Aboalshamat, Hou, & Stradl, 2015; Jurkat, Hofer, Richter, Cramer, & Vetter, 2011; Schmitter, Liedl, Beck, & Rammelsberg, 2008).

3.3. Síndrome de Burnout

Ao falar de stress ocupacional torna-se importante referir o conceito de síndrome de Burnout.

O termo Burnout significa “queimar até à exaustão” e define uma síndrome de cansaço físico e emocional como resultado de stress prolongado que leva, por sua vez, a uma falta de motivação para o trabalho (Felton, 1998; Maroco et al., 2016; Pinto Leal, 1998).

É caracterizada por uma exaustão emocional, despersonalização e realização no trabalho insatisfatória (Galán, Ríos-Santos, Polo, Rios-Carrasco, & Bullón, 2014; Maroco et al., 2016; R. Deeb et al., 2017).

Segundo Pinto Leal (1998), esta síndrome compreende quatro fases:

1. Fase de entusiasmo ideal: O indivíduo apresenta expectativas elevadas e grande energia.
2. Fase de estagnação: Entusiasmo pelo trabalho diminui e surge fadiga.

3. Fase de frustração: Ocorrem alterações do comportamento e frustração.
4. Fase de apatia: Frustrado com o trabalho, o indivíduo já não é capaz de realizar em condições as suas funções e começam a aparecer alterações psicológicas.

Assim, pode ter consequências psicológicas (irritabilidade, ira, ansiedade, dificuldade na socialização e depressão) e físicas (cefaleias, tonturas, dispneia e distúrbios do sono) (Maroco et al., 2016).

As profissões com maior risco de desenvolver esta síndrome são as que lidam com o público e aquelas que acarretam uma grande responsabilidade como, por exemplo, profissões relacionadas com a área da saúde (Felton, 1998; Maroco et al., 2016).

O Burnout era apenas associado a profissões cuja prática tinha uma elevada exigência emocional para os indivíduos, contudo, atualmente, abrange outros grupos ocupacionais como os estudantes (Maroco et al., 2016).

Vários estudos demonstram que é significativo o número de estudantes de Medicina Dentária que sofrem distúrbios psicológicos, stress, ansiedade e depressão, tendo como principais fatores de stress a prática clínica, a carga horária, e as responsabilidades académicas e financeiras (Aboalshamat et al., 2015; Divaris et al., 2013; Fonseca et al., 2013; Humphris et al., 2002; Maroco et al., 2016; R. Deeb et al., 2017; Schmitter et al., 2008).

Assim, o stress nos estudantes pode provocar alterações na saúde mental, originando tonturas, sonolência, taquicardia, alterações gastrintestinais, fadiga, irritabilidade e um aumento do risco de hábitos parafuncionais que levam ao aparecimento das respetivas consequências (Article, Murad, Sepah, & Ahmad, 2016).

3.4. Stress e DTM

São vários os estudos que relacionam o stress e o desenvolvimento de sinais e sintomas de DTM (Amorim & Jorge, 2016; Chisnoiu et al., 2015; LR, RJ, G, Jr, & SR, 2009; Monteiro et al., 2011; Smriti, 2014; Weijenberg & Lobbezoo, 2015).

Como referido anteriormente, o stress atua no corpo humano ativando o eixo hipotálamo-hipófise que, por sua vez, através do sistema nervoso autónomo, promove a contração muscular, modificando a tonicidade dos músculos da cabeça e do pescoço (Chisnoiu et al., 2015; Okeson, 2013).

O aparecimento de hiperatividade muscular, e consequentemente fadiga, causa espasmos musculares que por sua vez originam contracturas e padrão oclusal desarmonioso. A hiperatividade nos músculos elevadores da mandíbula aumenta a pressão na ATM, promovendo a deterioração da cápsula articular por microtraumas ou o deslocamento do disco (Almeida et al., 2016; Chisnoiu et al., 2015; Poveda Roda et al., 2007).

4. HÁBITOS PARAFUNCIONAIS

4.1. Definição

Segundo Emodi *et al.* (2012), os hábitos parafuncionais são “qualquer atividade ou comportamento oral não funcional que envolve o sistema mastigatório”.

Nem sempre são prejudiciais, a rutura do sistema mastigatório só ocorre quando a atividade resultante destes hábitos excede o limite de tolerância fisiológico do indivíduo, ocorrendo, em primeiro lugar, em estruturas com menor tolerância (músculos, dentes ou articulação) (Emodi-Perlman *et al.*, 2012; Ferreira *et al.*, 2014; Michelotti *et al.*, 2010; E Winocur, Gavish, Finkelshtein, Halachmi, & Gazit, 2001).

4.2. Hábitos Parafuncionais e DTM

A maior parte dos autores considera os hábitos parafuncionais como os principais fatores etiológicos iniciadores das DTM (Almeida *et al.*, 2016; Article *et al.*, 2016; Emodi-Perlman *et al.*, 2012; Daniele Manfredini, 2010; Michelotti *et al.*, 2010; Motghare *et al.*, 2015; Okeson, 2013; Robin & Chiomento, 2011; E Winocur *et al.*, 2001).

Para Robin & Chiomento (2011), os principais fatores de risco das DTM são: hábitos parafuncionais (36.9%), traumatismos (26.7%) e fatores psicológicos (19.4%).

Os hábitos parafuncionais originam uma oclusão traumática, provocando alterações a nível dos músculos mastigatórios e da ATM (Melchior, Mazzetto, & Felício, 2012; Michelotti *et al.*, 2010; Serra-negra *et al.*, 2014).

Assim, promovem um desequilíbrio do sistema estomatognático, originando alterações funcionais, como fadiga e dor muscular, compressão da ATM e, consequentemente, DTM, ou pioram a DTM já existente (Article *et al.*, 2016; Melchior *et al.*, 2012).

A frequência, intensidade e duração dos diferentes hábitos parafuncionais determinam a gravidade dos sinais e sintomas da DTM (Melchior *et al.*, 2012).

O contacto incisal que ocorre, por exemplo, ao roer as unhas ou objetos provoca uma diminuição do espaço anterior da articulação promovendo a compressão do disco articular. Por outro lado, ranger ou apertar os dentes induz dor nos músculos mastigatórios. Em suma, diferentes tipos de hábitos parafuncionais induzem diferentes alterações no sistema estomatognático, estando relacionados com diferentes subgrupos de DTM (Michelotti et al., 2010).

5. ORAL BEHAVIORS CHECKLIST

5.1. O que é?

No RDC/TMD, Eixo II, a avaliação dos hábitos parafuncionais estava limitada ao bruxismo do sono e de vigília. Assim, em estudos posteriores avaliou-se uma maior variedade de hábitos orais e, em 2004 Ohrbach *et al.* (2004) desenvolveu um estudo preliminar onde avaliava uma lista de comportamentos orais, *Oral Behaviors Checklist* (OBC) (Ohrbach, Beneduce, Markiewicz, & McCal, 2004; Van Der Meulen et al., 2014).

Este questionário apresenta 21 questões com cinco respostas possíveis (0-4). A pontuação total é obtida pela média das pontuações dadas aos diferentes hábitos (21) que o OBC avalia (Van Der Meulen et al., 2014).

Para a tradução do questionário OBC para a língua Portuguesa foram seguidos os critérios do *International RDC/TMD Consortium* passando a chamar-se Lista de Avaliação de Comportamentos Orais (LACO) (Barbosa C., 2015).

5.2. Qua hábitos avalia?

5.2.1. Bruxismo

O bruxismo é caracterizado por diferentes atividades dos músculos mastigatórios (ranger ou apertar os dentes) com manifestações circadianas (Bruxismo de Vigília e Bruxismo do Sono) (Daniele Manfredini, 2016).

Pode ser um fenómeno psicológico, consequência de doenças motoras (distonia, discinesia e distúrbios extrapiramidais) ou pode estar associado ao abuso de substâncias ou ao efeito de certos medicamentos (Daniele Manfredini, 2016).

O Bruxismo do Sono está associado à excitação durante o sono que não é necessariamente um sinal anormal sendo comum em indivíduos saudáveis, podendo estar, também, associado a distúrbios do sono como apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas e distúrbio do comportamento do sono REM (Daniele Manfredini, 2016).

As consequências clínicas sobre o sistema estomatognático são desgaste dentário, dor articular e/ou muscular, dores de cabeça e falha de restaurações dentárias e/ou implantes (Daniele Manfredini, 2016; Daniele Manfredini & Lobbezoo, 2008).

O diagnóstico pode ser clínico, instrumental (polissonografia ou eletromiografia) ou de auto percepção (questionários ou entrevistas) (Lobbezoo et al., 2013; D Manfredini, Ahlberg, & Lobbezoo, 2014; Daniele Manfredini & Lobbezoo, 2008).

Vários estudos analisam a frequência deste hábito em que o bruxismo de vigília tem uma prevalência de 20% (Lavigne, Khoury, Abe, Yamaguchi, & Raphael, 2008), 36,5% (Serra-negra et al., 2014), 73% (Melchior et al., 2012) e 77% (Robin & Chiomento, 2011) enquanto o bruxismo do sono tem de 21,5% (Serra-negra et al., 2014), 23% (Robin & Chiomento, 2011) e 66% (Melchior et al., 2012).

5.2.2. Roer unhas

Onicofagia é definida como o hábito de roer as unhas que normalmente se inicia na infância (Pacan et al., 2014).

Este hábito pode induzir maloclusão nos dentes anteriores, reabsorção radicular, infeções bacterianas e parasíticas intestinais e destruição alveolar (Ghanizadeh et al., 2011).

Segundo Pacan *et al.* (2014), 92,2% dos indivíduos descreve este hábito como um comportamento automático, realizando-o involuntariamente. É descrito, ainda, como um comportamento de estimulação própria quando os indivíduos se encontram em repouso. A tensão precede a este tipo de hábito, podendo ser aumentada se os indivíduos evitarem realizar o mesmo (Pacan et al., 2014).

A sua prevalência é de 22% (E Winocur et al., 2001), 26% (Ephraim Winocur et al., 2006), 28,9% (Emodi-Perlman et al., 2012) e 29,3% (Robin & Chiomento, 2011).

Winocur *et al.* (2006) e Motghare *et al.* (2015) afirmam que existe uma relação entre este hábito e sinais e sintomas de DTM, contudo estudos mais recentes defendem que roer as unhas não é uma fator de risco para as DTM (Michelotti et al., 2010; Motghare et al., 2015; Robin & Chiomento, 2011; Ephraim Winocur et al., 2006).

5.2.3. “Jaw Play”

Segundo Winocur *et al.* (2001), “jaw play” é o hábito de “realizar pequenos movimentos mandibulares não funcionais sem contactos dentários”. Estes movimentos mandibulares podem ser lateralidade ou protrusão (Poveda Roda *et al.*, 2007; E Winocur *et al.*, 2001).

Diferentes estudos avaliaram a sua prevalência que varia entre 8,3% (Emodi-Perlman *et al.*, 2012), 14% (E Winocur *et al.*, 2001) e 40% (Ephraim Winocur *et al.*, 2006).

Apesar de a sua prevalência ser mais baixa em comparação com outros hábitos, é o que apresenta maior capacidade de originar sinais e sintomas de DTM estando, assim, associado a ruídos articulares, tensão e bloqueio articular bem como desconforto muscular (Emodi-Perlman *et al.*, 2012; E Winocur *et al.*, 2001; Ephraim Winocur *et al.*, 2006).

5.2.4. Apoio mandibular

O apoio mandibular provoca forças laterais ao nível da ATM originando um aumento da tensão na articulação, assim, com o objetivo de aliviar esta tensão, os indivíduos praticam outro tipo de hábito, o “jaw play”(Ephraim Winocur *et al.*, 2006).

A sua prevalência varia entre 32,2% (Emodi-Perlman *et al.*, 2012) e 55,1% (E Winocur *et al.*, 2001), sendo 66% em mulheres e 54% em homens (Ephraim Winocur *et al.*, 2006).

5.2.5. Morder as bochechas, lábios ou língua

Segundo Motghare *et al.* (2015), este hábito tem uma prevalência de 37% sendo superior no sexo feminino do que no masculino. Feteih (2006) afirma, também, que este tem uma prevalência superior no sexo feminino (45,8%) em relação ao sexo masculino (15,6%) e a prevalência total é 41%. Outros autores estudaram a prevalência deste hábito obtendo como resultados 41,8% (E Winocur *et al.*, 2001) e 29,3% (Robin & Chiomento, 2011).

5.2.6. Mascar pastilha elástica

Correia & Real-dias (2014) define este hábito como uma atividade voluntária e rítmica dos músculos mastigatórios durante o processo de abertura e encerramento da boca. Existe uma predominância de mastigação unilateral originando uma sobrecarga nos músculos do lado de trabalho e, consequentemente, fadiga e hipertrofia muscular (Correia & Real-dias, 2014).

Mascar pastilha sem açúcar pode ter benefícios na higiene oral do indivíduo uma vez que induz um aumento do fluxo salivar, atuando desse modo na prevenção da cárie e gengivite e no tratamento da xerostomia e hipossalivação. Este hábito pode, ainda, reduzir a dor e o desconforto durante o tratamento ortodôntico (Farella, Bakke, Michelotti, & Martina, 2001; E Winocur et al., 2001).

O hábito de mascar pastilha elástica de forma intensa (>3h/dia) está fortemente associado à presença de sons articulares, dor ao nível da ATM, hipertrofia muscular e dor miofascial se o indivíduo já tiver uma DTM à priori. Se o indivíduo não tiver nenhuma disfunção este hábito funciona como um fator de risco e nem sempre causa uma DTM (Correia & Real-dias, 2014; Tabrizi, Karagah, Aliabadi, & Hoseini, 2014; E Winocur et al., 2001).

Alguns autores afirmam que este hábito não tem uma relação com a DTM (Emodi-Perlman et al., 2012; Motghare et al., 2015).

Realizaram-se diversos estudos para avaliar a prevalência deste hábito variando entre 28% (Robin & Chiomento, 2011), 50% (Melchior et al., 2012), 68,4% (E Winocur et al., 2001) e 92% (Ephraim Winocur et al., 2006).

5.2.7. Mastigação unilateral

Este hábito provoca uma sobrecarga nos músculos mastigatórios do lado de trabalho e, consequentemente, fadiga e hipertrofia muscular. Também é responsável pela diminuição da proprioceção que leva, por sua vez, a um maior desequilíbrio durante a contração muscular (Correia & Real-dias, 2014).

A prevalência de mastigação unilateral é de 37% (Reinhardt et al., 2006), 41,2% (E Winocur et al., 2001) e 45,6%(Yeler, Yilmaz, Koraltan, & Aydın, 2016) estando relacionada com sinais e sintomas de DTM em 47-65% (Yeler et al., 2016) e 78% (Reinhardt et al., 2006).

5.2.8. Instrumentos musicais

Os músicos adotam com regularidade posturas pouco ergonômicas de modo a conseguirem tocar os instrumentos musicais de forma adequada e por longos períodos de tempo (Attallah, Visscher, Selms, & Lobbezoo, 2014; Neto, Almeida, Bradasch, Cássia, & Jacob, 2009; Pampel, Jakstat, & Ahlers, 2014).

Estes indivíduos estão expostos a um elevado nível de stress e ansiedade aumentando exponencialmente o risco de aparecimento de uma DTM uma vez que, associado a este estado emocional, pode surgir o aparecimento de hábitos parafuncionais como apertar/ranger os dentes e “jaw play” (Attallah et al., 2014; Neto et al., 2009; Pampel et al., 2014).

O sistema estomatognático é responsável pela produção de som através dos instrumentos de sopro. Consoante a intensidade e a regularidade esta atividade pode causar microtraumas que, por sua vez, provocam alterações musculares e articulares ao nível da ATM resultando, muitas vezes, numa DTM (Hamberg & Meurman, 2012; Neto et al., 2009; Pampel et al., 2014).

No caso de violinistas, para manterem o instrumento entre o mento e o ombro esquerdo, estes têm que exercer pressão sobre o instrumento que requer uma atividade muscular e craniocervical prolongada ultrapassando, frequentemente, os limites fisiológicos o que leva ao aparecimento de uma DTM (Amorim & Jorge, 2016; Attallah et al., 2014; Hamberg & Meurman, 2012; Neto et al., 2009).

Assim, a sobrecarga física e o stress a que os instrumentistas estão sujeitos leva ao aparecimento de alterações musculares e, conseqüentemente, à DTM (Pampel et al., 2014).

Segundo Hamberg & Meurman (2012) e Amorim & Jorge (2016), a prevalência de sinais e sintomas de DTM nestes indivíduos é de 56% e 58% respetivamente.

Indivíduos que tocam violino e instrumentos de sopro apresentam dor miofacial, 29% e 42% respetivamente, ruídos articulares 52%, dor articular 25% e zumbidos 35% (Hamberg & Meurman, 2012; Neto et al., 2009).

OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo são:

1. A partir da aplicação da LACO e do questionário de caracterização da amostra avaliar, em alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), a prevalência dos comportamentos orais deletérios
2. Comparar os resultados obtidos nos dois questionários.

1.º Objetivo

Hipótese Nula (H_0): Não existe prevalência de comportamentos orais deletérios em alunos do MIMD do ISCSEM.

Hipótese Alternativa (H_1): Existe prevalência de comportamentos orais deletérios em alunos do MIMD do ISCSEM.

2.º Objetivo

Hipótese Nula (H_0): Não há diferenças nos resultados obtidos nos dois questionários aplicados.

Hipótese Alternativa (H_1): Há diferenças nos resultados obtidos nos dois questionários aplicados.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo observacional transversal. Sendo um estudo transversal, a recolha de dados foi feita apenas num dado momento, não tendo havido um outro momento para recolha de mais dados dos mesmos participantes.

2. Aprovação do estudo

Este estudo intitulado “Avaliação dos comportamentos orais deletérios dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz” foi submetido como Proposta de Projeto Final à Comissão Científica e Comissão de Ética do ISCSEM, tendo sido aprovada (cf. Anexo 1).

3. Recolha da Amostra

3.1. Local do Estudo

O estudo foi realizado no ISCSEM durante os meses de Março e Abril.

A amostra teve como total 250 alunos MIMD, com idades compreendidas entre os 18 e 24 anos, de ambos os sexos.

3.2.Critérios de inclusão

- Alunos do MIMD do ISCSEM.
- Alunos com idades compreendidas entre os 18 e 24 anos.
- Alunos de ambos os sexos.

3.3.Critérios de Exclusão

- Alunos com idades fora do intervalo definido.

4. Material utilizado no estudo

- Questionário de caracterização da amostra.
- Questionário LACO.

4.1.Questionário de caracterização da amostra

Foi pedido a cada aluno que preenchesse um questionário de caracterização da amostra (cf. Anexo 2). Este questionário permite caracterizar a amostra quanto à idade, género, se está ou não a realizar tratamento ortodôntico e principais comportamentos orais deletérios.

4.2. Questionário LACO

Para além do questionário de caracterização da amostra os alunos preencheram o questionário LACO (cf. Anexo 3).

Este questionário está dividido em duas categorias (Atividades durante o sono e Atividades durante as horas em que está acordado) e avalia diferentes comportamentos orais deletérios e a sua frequência durante o último mês.

5. Método da Recolha da Amostra

5.1. Considerações Éticas do Exame Clínico

Os alunos que participaram neste estudo foram informados dos objetivos do presente estudo e só após assinarem o Termo de Consentimento Informado (cf. Anexo 4) é que se procedeu à metodologia proposta da recolha de dados.

A metodologia teve como sequência:

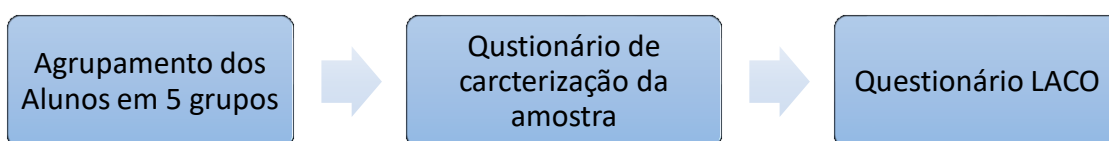


Gráfico 2-Processo da recolha da amostra.

É de salientar que todo o processo de recolha de dados dos alunos foi realizado de forma anónima.

5.2. Agrupamento da Amostra

Foram selecionados 50 alunos de cada ano do MIMD obtendo uma amostra total de 250 alunos.

6. Tratamento de dados e Análise Estatística

A análise estatística foi efetuada com o apoio do IBM SPSS Statistics versão 24.0 para *Windows*. Esta análise envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e estatística inferencial. O nível de significância utilizada foi de 5%.

Para ser possível realizar a análise inferencial foi necessário agrupar categorias das possíveis respostas do questionário LACO da seguinte forma:

Atividades durante o sono		
0	Nenhum tempo	1
1	<1 Noite/mês	
2	1-3 Noites/mês	2
3	1-3 Noites/sem	
4	4-7 Noites/sem	3

Tabela 1- Agrupamento das categorias de resposta referentes às atividades durante o sono do questionário LACO.

Atividades durante as horas em que está acordado		
0	Nenhum tempo	1
1	Uma pequena parte do tempo	2
2	Alguma parte do tempo	
3	A maior parte do tempo	3
4	Todo o tempo	4

Tabela 2- Agrupamento das categorias de resposta referentes às atividade durante as horas em que está acordado do questionário LACO.

RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

A amostra consistiu em 262 alunos do MIMD do ISCSEM, tendo sido excluídos 12 alunos por não corresponderem aos critérios de inclusão. Assim, a amostra final foi de 250 alunos correspondendo a 32% da população (total de alunos inscritos no MIMD).

1.1. Relativamente ao Género

Relativamente ao género, 74% (n=184) da amostra era do sexo feminino e 26% (n=66) do sexo masculino, contudo, como podemos observar nos gráficos 3 e 5, esta distribuição da amostra estava equilibrada tendo em conta a prevalência do sexo feminino (70%) e masculino (30%) da população.

Na comparação dos gráficos 4 e 6, observa-se que a distribuição da amostra por ano segundo o género também foi equilibrada.

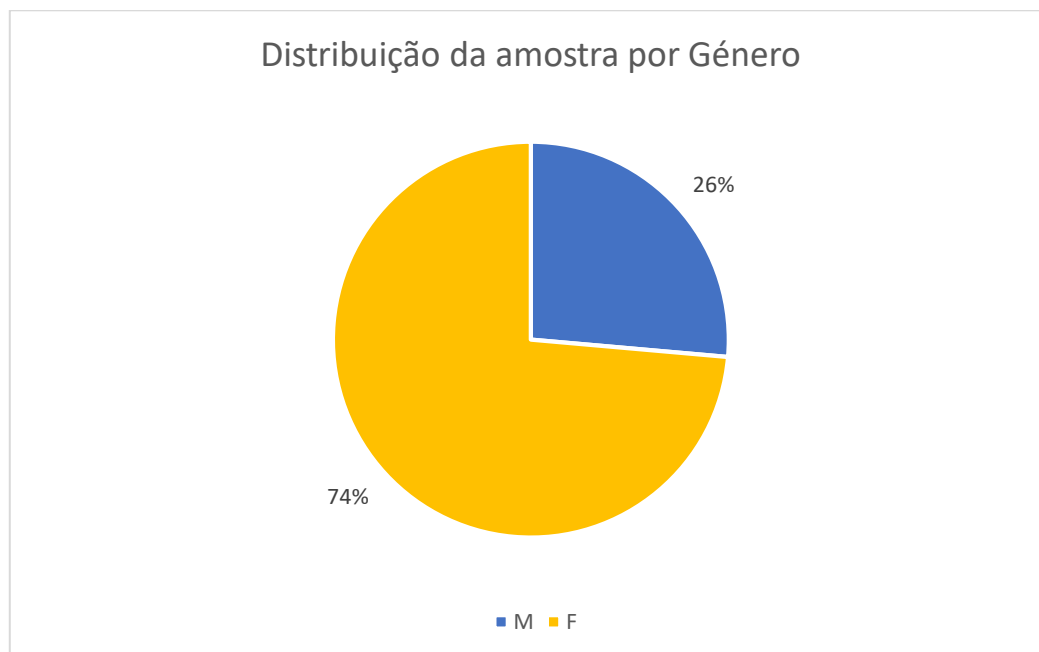


Gráfico 3- Caracterização da amostra segundo o Género.

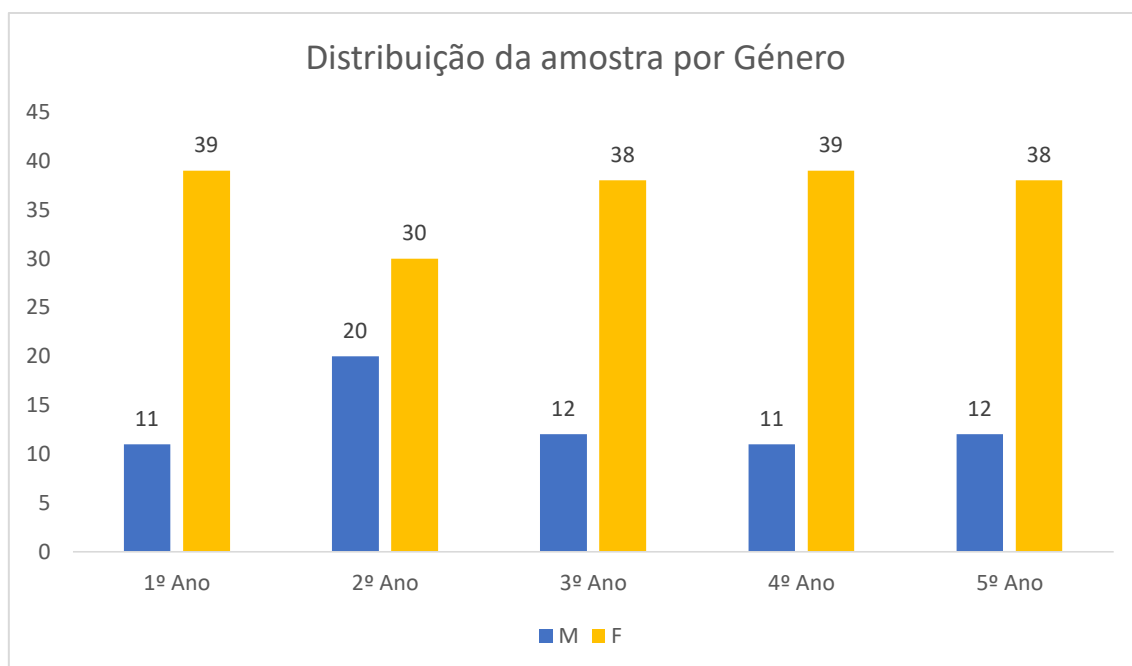


Gráfico 4-Caracterização da amostra por ano segundo o Género.

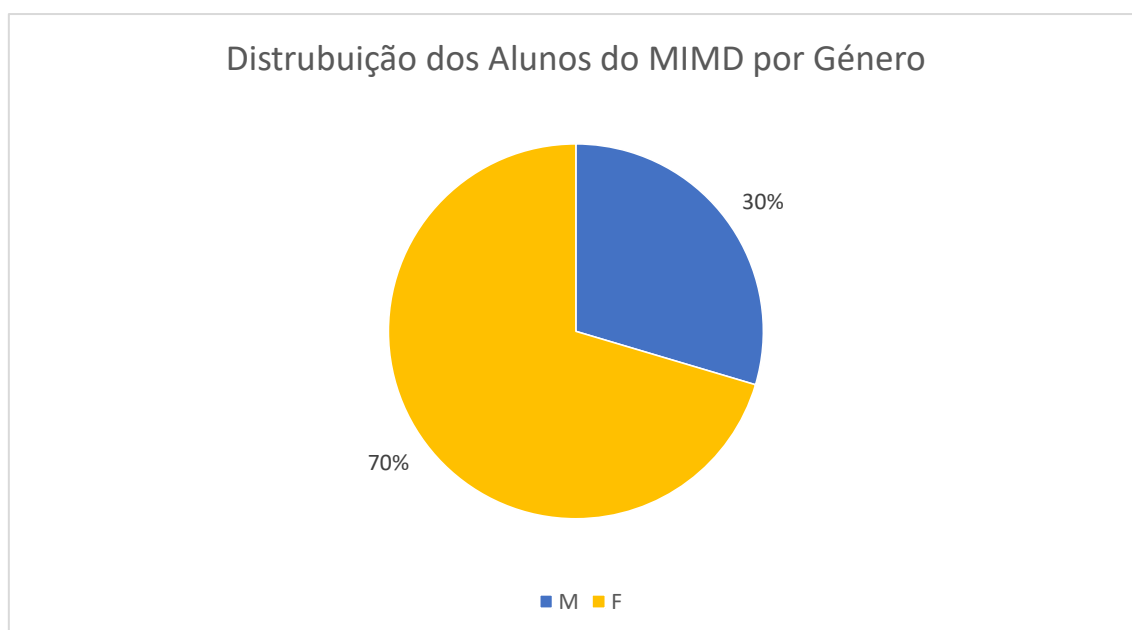


Gráfico 5-Caracterização do total de Alunos do MIMD segundo o Género.

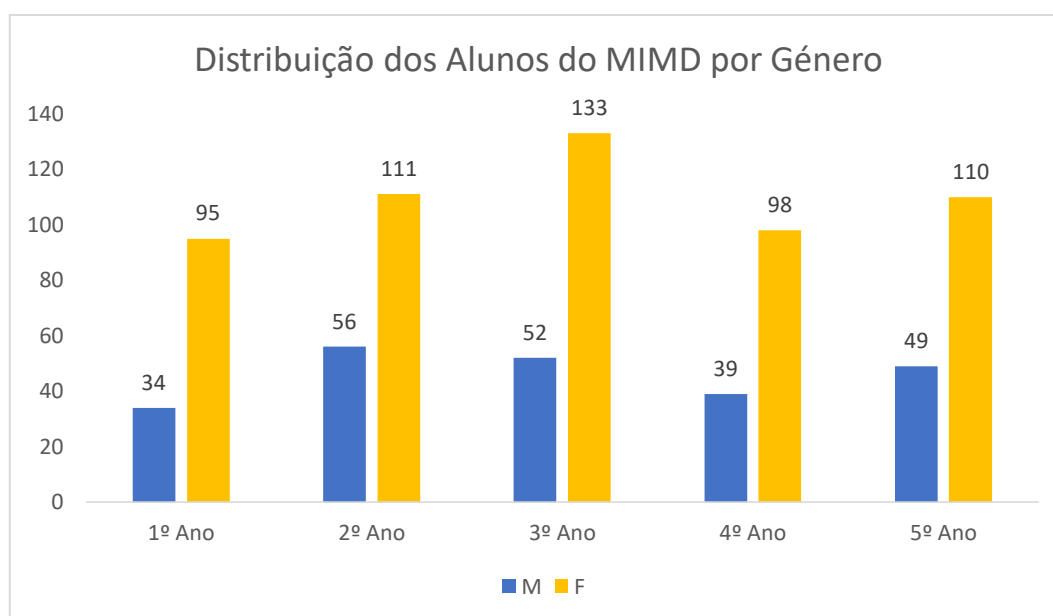


Gráfico 6-Caracterização dos Alunos de cada Ano do MIMD segundo o Género.

1.2. Relativamente à Idade

A idade média dos 250 participantes foi de 20,8 anos \pm 2,3 com idade máxima de 24 anos e a idade mínima 18 anos. É possível observar no gráfico 6 a distribuição dos alunos por idades:

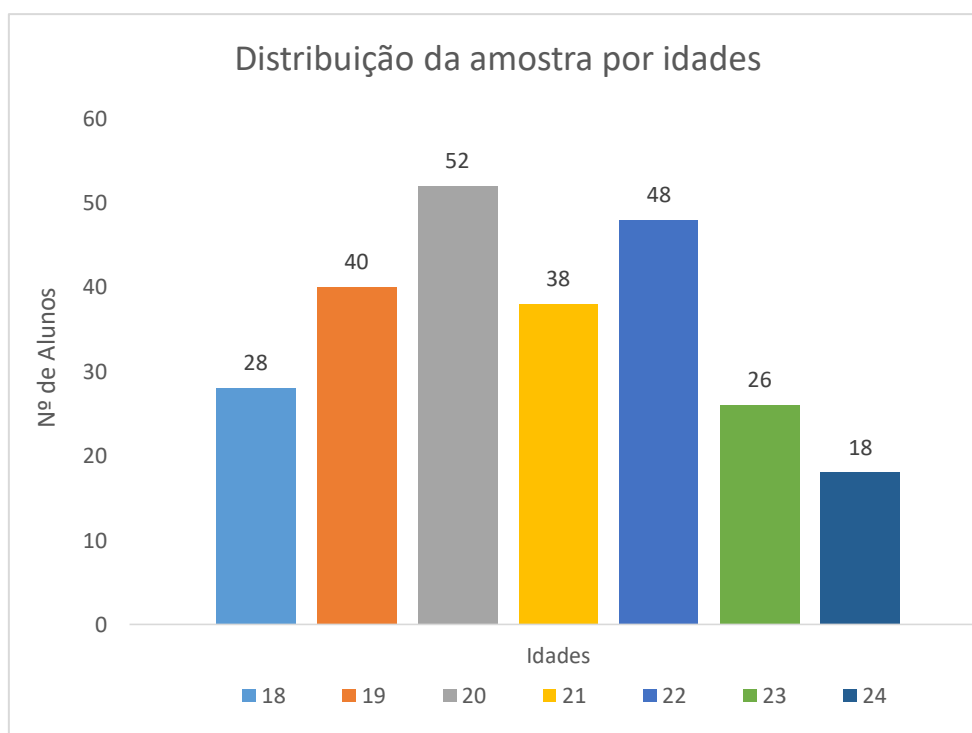


Gráfico 7 - Caracterização da amostra segundo a Idade.

1.3. Relativamente ao Ano Letivo

A amostra apresentava uma distribuição igual em todos os anos do MIMD (n=50 por ano). Assim, estavam presentes alunos dos cinco anos letivos distribuídos da seguinte forma:



Gráfico 8 - Caracterização da amostra segundo o Ano Letivo.

1.4. Relativamente ao tratamento ortodôntico

Relativamente a estarem a fazer tratamento ortodôntico, encontramos a seguinte distribuição:

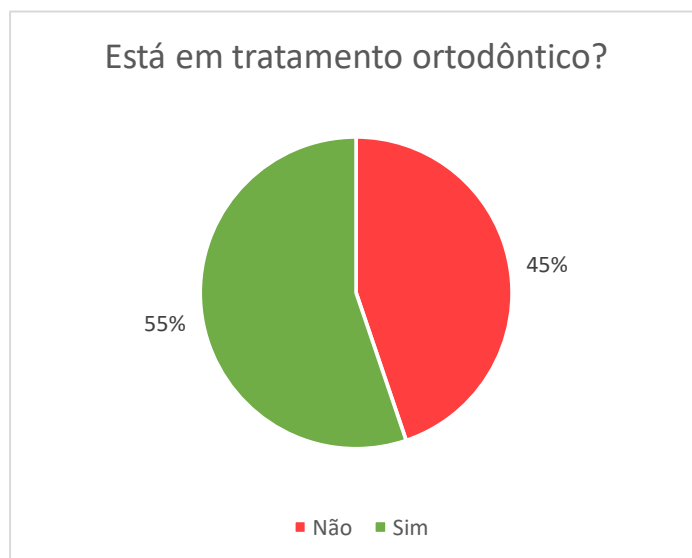


Gráfico 9-Caracterização da amostra segundo o tratamento ortodôntico.

2. Comportamentos orais deletérios mais frequentes do MIMD do ISCSEM

2.1. Questionário de caracterização da Amostra

Os comportamentos mais frequentes foram mascar pastilha elástica (n=182), roer unhas, canetas ou lápis (n=114) e pôr a mão debaixo da face enquanto dorme (n=104).

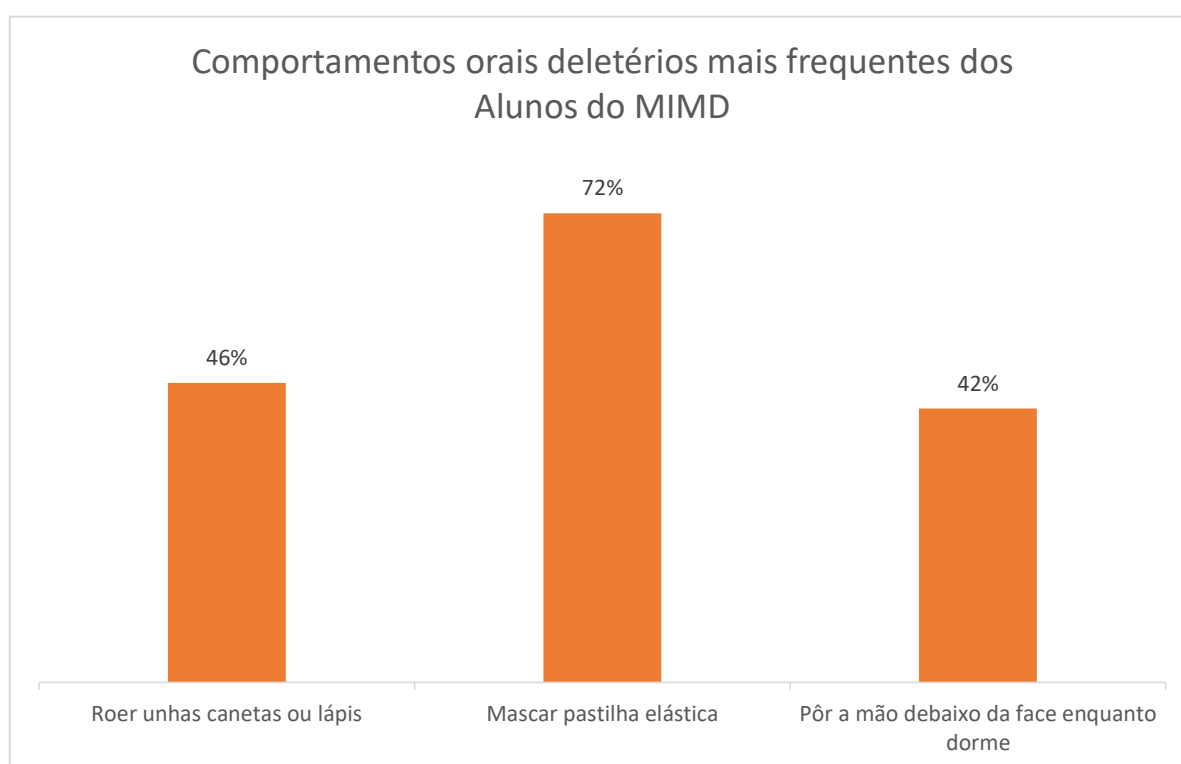


Gráfico 10-Comportamentos orais deletérios dos Alunos do MIMD segundo o questionário de caracterização da amostra.

2.2.Questionário LACO

Os comportamentos mais frequentes foram dormir numa posição em que coloca pressão na mandíbula (n=210), bocejar, comer entre as refeições (n=239) e utilizar pastilha elástica (n=212).

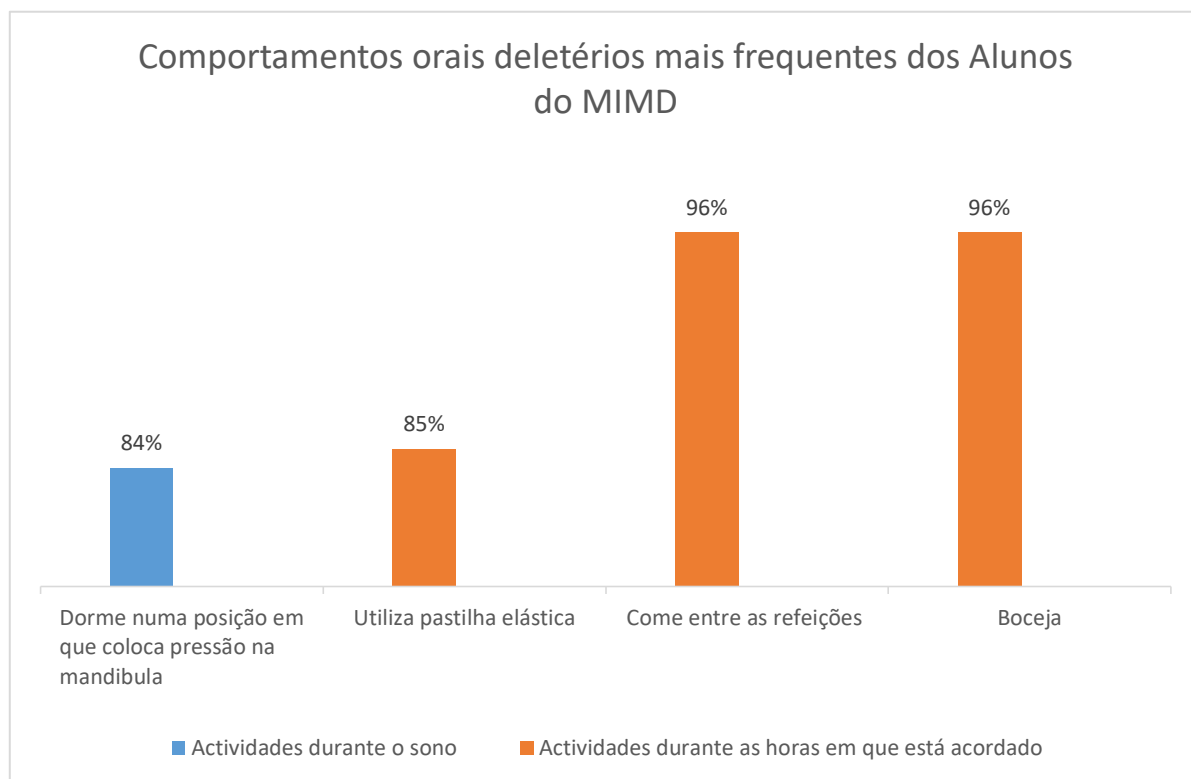


Gráfico 11-Comportamentos orais deletérios dos Alunos do MIMD segundo o questionário LACO.

3. Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada ano do curso.

3.1. Questionário de caracterização da amostra

A partir dos dados obtidos no questionário de caracterização da amostra, no gráfico 12 pode-se observar os comportamentos mais frequentes em cada ano do MIMD bem como compará-los entre os diferentes anos.

A relação entre o ano, ranger ou apertar os dentes, mascar pastilha elástica e pôr a mão por baixo da face enquanto dorme não é estatisticamente significativa ($\rho=0,091$; $\rho=0,440$; $\rho=0,698$, respetivamente).

Morder a língua, bochechas ou lábios e roer unhas, lápis ou canetas estão relacionadas com o ano com significância estatística ($\rho=0,016$; $\rho=0,045$, respetivamente).

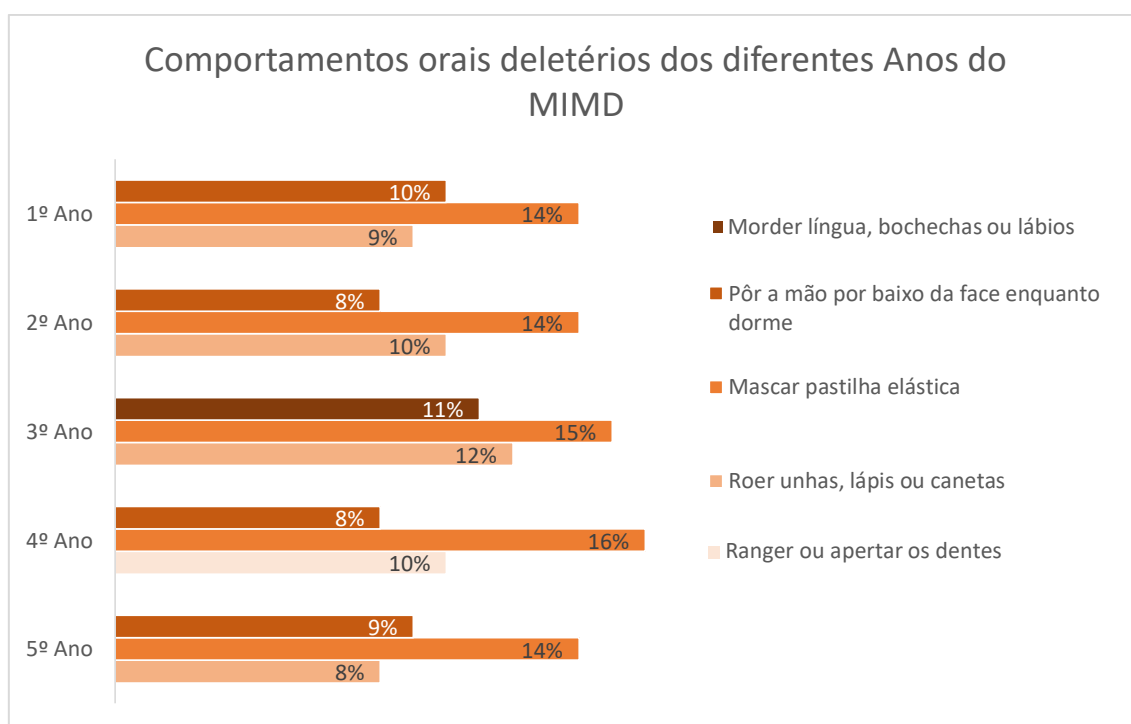


Gráfico 12-Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada Ano do MIMD segundo o questionário de caracterização da amostra.

3.2.Questionário LACO

A partir dos dados obtidos no questionário LACO, no gráfico 13 pode-se observar os comportamentos mais frequentes em cada ano do MIMD bem como compará-los entre os diferentes anos.

Dormir em posição em que coloca pressão na mandíbula não está relacionado com significado estatístico tendo em conta o ano do curso ($p=0,684$).

O teste do χ^2 não foi aplicado às atividades durante as horas em que está acordado uma vez que mais de 20% das células apresentam valores < 5 .

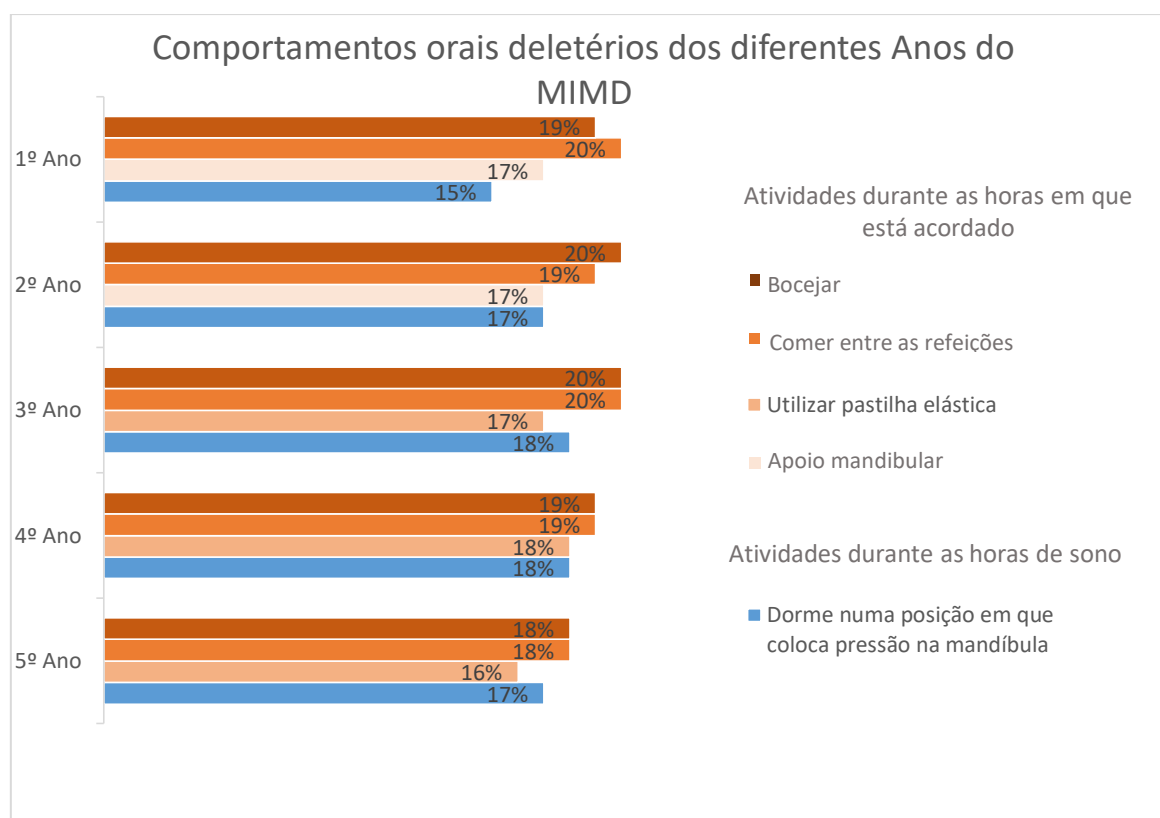


Gráfico 13-Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada Ano do MIMD segundo o questionário LACO.

4. Comportamentos orais deletérios mais frequentes no sexo masculino e no sexo feminino.

4.1. Questionário de caracterização da amostra

Não se observou uma relação com significado estatístico entre os diferentes hábitos e o género ($p > 0,05$).

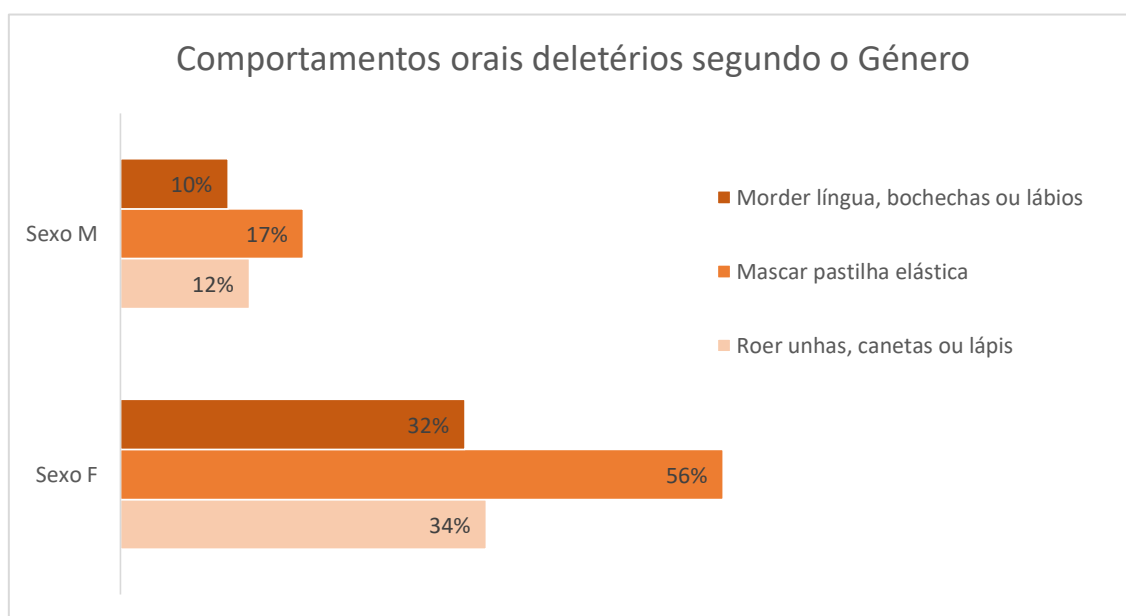


Gráfico 14-Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada género segundo o questionário de caracterização da amostra.

4.2.Questionário LACO

Dormir numa posição em que coloca pressão na mandíbula não está relacionado com significado estatístico tendo em conta o género ($p=0,258$).

O teste do χ^2 não foi aplicado à atividade bocejar uma vez que mais de 20% das células apresentam valores < 5 .

Utilizar pastilha elástica e comer entre as refeições não apresentam uma relação com significado estatístico ($p=0,492$; $p=0,962$, respetivamente).

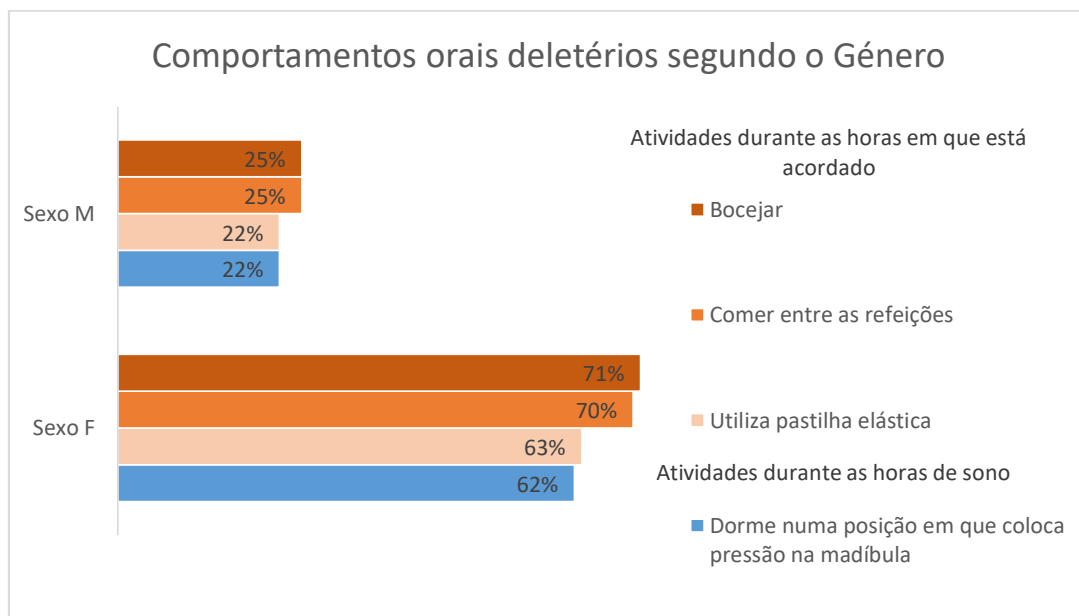


Gráfico 15-Comportamentos orais deletérios mais frequentes em cada género segundo o questionário LACO.

5. Relação entre bruxismo do sono e bruxismo de vigília.

No gráfico 16 observamos a relação entre o bruxismo vigília e o bruxismo do sono a partir dos dados obtidos do questionário LACO.

O teste do χ^2 não foi aplicável uma vez que mais de 20% das células apresentam valores < 5 .

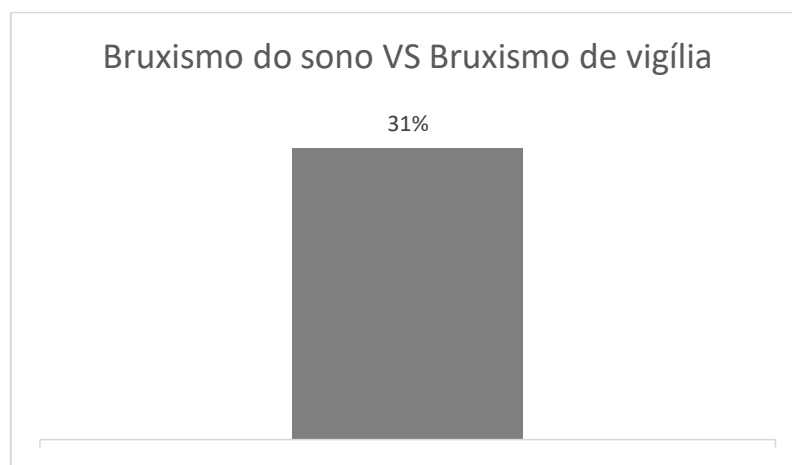


Gráfico 16-Relação entre bruxismo do sono e de vigília.

6. Relação do tratamento ortodôntico com os diferentes comportamentos orais deletérios.

6.1. Questionário de caracterização da amostra

Hábitos	n	%	ρ
Ranger ou apertar dentes	56	22	0,169
Roer unhas, canetas ou lápis	61	24	0,622
Morder língua, bochechas ou lábios	48	19	0,555
Mascar pastilha elástica	95	38	0,118
Pôr a mão por baixo da face enquanto dorme	58	23	0,879

Tabela 3-Relação entre o tratamento ortodôntico e os diferentes comportamentos deletérios que o questionário de caracterização da amostra avalia.

6.2.Questionário LACO

Hábitos	n	%	P
Aperta ou range os dentes durante o sono	46	18	0,462
Dorme numa posição em que coloca pressão na mandíbula	115	46	0,943
Range os dentes durante as horas em que está acordado	16	6	NA
Aperta os dentes durante as horas em que está acordado	60	24	NA
Pressiona, toca ou mantém os dentes em contato sem que seja para comer	105	42	0,632
Segura, aperta ou cria tensão muscular sem apertar ou encostar os dentes	45	18	NA
Mantém ou projeta a mandíbula para a frente ou para o lado	30	12	NA
Pressiona com força a língua contra os dentes	39	16	NA
Coloca a língua entre os dentes	33	13	NA
Morde, mastiga ou brinca com a sua língua, bochechas ou lábios	69	28	NA
Mantém a mandíbula numa posição rígida ou tensa	31	12	NA
Mantém entre os dentes ou morde objetos	75	30	NA
Utiliza pastilha elástica	110	44	NA
Toca instrumentos musicais que envolva o uso da mandíbula	8	3	NA
Inclina-se com a mandíbula sobre a sua mão	100	40	NA
Mastiga a comida só de um lado	70	28	NA
Come entre as refeições	132	53	0,880
Fala durante períodos perlongados	85	34	NA
Canta	76	30	0,293
Boceja	135	54	0,145
Coloca o telefone entre a sua cabeça e os ombros	68	27	NA

Tabela 4-Relação entre o tratamento ortodôntico e os diferentes comportamentos deletérios que a LACO avalia.

7. Relação entre mascar pastilha elástica e bruxismo.

7.1. Questionário de caracterização da amostra

Dos alunos que apertam os dentes, 27% (n=67) mascam pastilha elástica.

A relação entre mascar pastilha elástica e ranger ou apertar os dentes não tem significado estatístico ($p=0,994$).

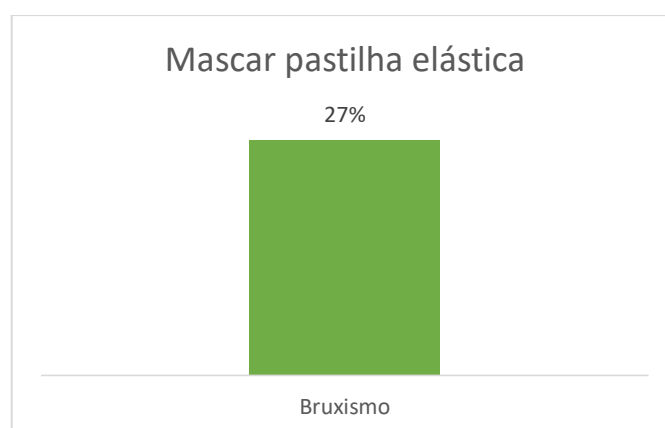


Gráfico 17-Relação entre Mascar pastilha elástica e Bruxismo segundo o questionário de caracterização da amostra.

7.2. Questionário LACO

Dos alunos que afirmam ter bruxismo, 36% (n=90) utilizam pastilha elástica.

O teste do χ^2 não foi aplicável uma vez que mais de 20% das células apresentam valores < 5 .

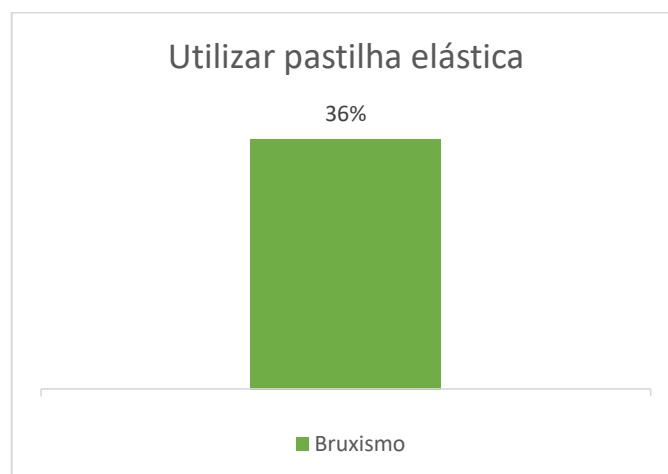


Gráfico 18-Relação entre Mascar pastilha elástica e Bruxismo segundo o questionário LACO.

DISCUSSÃO

Os hábitos parafuncionais são um comportamento não funcional, podendo originar uma oclusão traumática e, conseqüentemente, alterações ao nível dos músculos mastigatórios e ATM (Emodi-Perlman et al., 2012; Melchior et al., 2012; Serra-negra et al., 2014).

Assim, as alterações funcionais desencadeadas pelo desequilíbrio do sistema estomatognático podem levar ao aparecimento de DTM e a gravidade dos sinais e sintomas depende da frequência, intensidade e duração dos diferentes hábitos parafuncionais (Article et al., 2016; Melchior et al., 2012).

À semelhança deste estudo, encontramos outros estudos que têm como objetivo avaliar a prevalência dos diferentes hábitos parafuncionais em estudantes do curso de Medicina Dentária (Article et al., 2016; Bárbara et al., 2013; Batista, Delano, Forte, Verificar, & Federal, 2011; Ferreira et al., 2014; Smriti, 2014).

No presente estudo, comparamos a informação obtida a partir da LACO com a do questionário de caracterização da amostra e procuramos avaliar, ainda, a relação entre bruxismo do sono com bruxismo de vigília; mascar pastilha elástica e bruxismo; tratamento ortodôntico com os diferentes comportamentos orais deletérios.

A amostra consistiu em 250 Alunos (n=250), 50 alunos de cada ano do MIMD, com idades compreendidas dos 18-24 anos (idade média $20,8 \pm 2,3$) o que permitiu a homogeneidade da amostra.

Em relação ao tamanho da amostra (n=250) este estudo apresenta um número de participantes superior em comparação a estudos semelhantes em que as amostras variam entre 150 (Smriti, 2014), 200 (Article et al., 2016) e 201 (Ferreira et al., 2014). Por outro lado, apresenta uma amostra inferior quando comparado com o estudo de Batista *et al.* (2011) que apresenta uma amostra de 347 participantes.

O intervalo de idade dos participantes deste estudo foi semelhante a outros estudos já realizados: 18-25 (Smriti, 2014) e 20-25 (Article et al., 2016).

Relativamente ao género, 74% era do sexo feminino (n=184) e 26% do sexo masculino (n=66). Esta distribuição encontra-se equilibrada comparando com a prevalência do sexo feminino (70%) e masculino (30%) na população.

O questionário de caracterização da amostra foi construído tendo em conta os hábitos parafuncionais mais frequentes em diferentes estudos (Hospital, 2011; Michelotti et al., 2010; Robin & Chiomento, 2011; E Winocur et al., 2001; Yeler et al., 2016).

A aplicação do questionário de caracterização da amostra e do questionário LACO permitiu caracterizar os diferentes comportamentos orais deletérios da amostra para posterior avaliação e comparação.

Segundo Barbosa (2015), a prevalência de comer entre refeições e bocejar é de 97% e 96%, respetivamente, o que corrobora os resultados obtidos neste estudo, através da LACO, em que a prevalência é de 96% em ambos os hábitos.

Para Winocur *et al.* (2001), a prevalência de mascar pastilha elástica é de 62,4%, apresentando um valor inferior aos resultados obtidos neste estudo em que a prevalência deste hábito, segundo o questionário de caracterização da amostra, é de 72% e na LACO de 85%.

Dormir numa posição em que coloca pressão na mandíbula tem uma prevalência de 42% e 84%, questionário de caracterização da amostra e LACO, respetivamente. O valor obtido a partir do questionário de caracterização da amostra (42%) vai ao encontro dos resultados obtidos num estudo semelhante em que 55% da amostra apresenta este hábito, contudo este valor é bastante inferior ao obtido na LACO (84%) (E Winocur et al., 2001).

Roer unhas, canetas ou lápis tem uma prevalência de 46%, segundo o questionário de caracterização da amostra. Este valor encontra-se elevado quando comparado com o estudo de Article *et al.* (2016) em que a prevalência deste hábito é de 17%.

Considerando os dados obtidos no questionário de caracterização da amostra, mascar pastilha elástica é o hábito mais prevalente dos cinco anos do MIMD variando entre 14%-16% (Gráfico 12).

Os hábitos mais prevalentes no 1º, 2º e 5º ano são os mesmos, apresentando valores muito próximos. Assim, mascar pastilha elástica tem uma prevalência de 14%, pôr a mão por baixo da face enquanto dorme 10%, 8% e 9% e roer unhas, lápis ou canetas 9%, 10% e 8%.

O 3º e 4º ano apresentam um hábito mais prevalente diferente dos outros três anos do MIMD.

O 3º ano tem como hábitos mais frequentes mascar pastilha elástica (15%) roer unhas, lápis ou canetas (12%) e, em vez de pôr a mão por baixo da face enquanto dorme, tem o hábito de morder língua, bochechas ou lábios (11%).

No 4º ano, em vez de roer unhas, lápis ou canetas, temos o hábito de ranger ou apertar os dentes (10%). Mascar pastilha elástica (16%) e pôr a mão por baixo da face enquanto dorme (8%) também estão presentes.

A partir dos dados obtidos através da LACO observou-se que os hábitos mais prevalentes dos cinco anos são bocejar e comer entre as refeições com prevalências muito semelhantes, entre 18%-20% (Gráfico13).

O 1º e 2º ano apresentam um comportamento oral deletério diferente do 3º, 4º e 5º ano.

Deste modo, os hábitos mais prevalentes do 1º e 2º ano são bocejar (19% vs 20%), comer entre refeições (20% vs 19%), apoio mandibular (17%) e dormir em posição em que coloca pressão na mandíbula (15% vs 17%).

No 3º, 4º e 5º ano o hábito de apoio mandibular é substituído por mascar pastilha elástica (17%; 18%; 16%). Bocejar (20%; 19%; e 18%), comer entre refeições (20%; 19% e 18%) e dormir numa posição em que coloca pressão na mandíbula (18%; 18% e 17%) continuam presentes.

Morder a língua, bochechas ou lábios e roer unhas, lápis ou canetas são os únicos hábitos que se encontram relacionados com o ano, apresentando significado estatístico ($p < 0,05$), segundo o questionário de caracterização da amostra.

Não foi encontrada literatura onde se relaciona diferentes hábitos parafuncionais com o ano do MIMD, impossibilitando a comparação dos resultados do presente estudo com outros já realizados.

Considerando os dados obtidos a partir do questionário de caracterização da amostra o hábito mais prevalente, tanto no sexo feminino como no masculino, é mascar pastilha elástica, tendo uma prevalência de 56% e 17%, respetivamente. Morder língua, bochechas e lábios (32% vs 10%) e roer unhas, lápis ou canetas (34% vs 12%) também são dos hábitos mais prevalentes em ambos os sexos.

Assim, observa-se que a prevalência dos hábitos parafuncionais, considerando o género da amostra, confirma os resultados de diferentes estudos em que a prevalência de mascar pastilha elástica, morder língua bochechas ou lábios e roer unhas, lápis ou canetas no sexo feminino é de 48% (Ephraim Winocur et al., 2006), 46% (J. H. Rodrigues et al., 2012) e 30% (Michelotti et al., 2010), respetivamente.

No sexo masculino as prevalências são de 21% (Ephraim Winocur et al., 2006), 16% (J. H. Rodrigues et al., 2012) e 20% (Ghanizadeh et al., 2011).

A partir do questionário LACO observa-se que os hábitos mais prevalentes no sexo feminino e no sexo masculino são bocejar e comer entre refeições (71% vs 25%) e (70% vs 25%), respetivamente. No estudo de Barbosa (2015), estes hábitos tiveram uma prevalência bastante superior (97% vs 94%) e (97% vs 96%).

Mascar pastilha elástica também é um dos hábitos mais prevalentes no sexo feminino e masculino (63% vs 22%), confirmando, uma vez mais, os valores obtidos no estudo de Winocur *et al.* (2006) para o sexo masculino (21%). Em relação ao sexo feminino, este estudo apresenta valores inferiores (48%) face à LACO (63%) (Ephraim Winocur et al., 2006). Segundo o estudo de Barbosa (2015), este hábito teve uma prevalência de 89% e 81% no sexo feminino e masculino.

A diferença entre as prevalências dos diferentes hábitos avaliados no presente estudo com as obtidas no estudo de Barbosa (2015) podem estar relacionadas com a grande discrepância do tamanho da amostra de ambos os estudos, (n=250) e (n=1381) respetivamente.

Não se verifica uma relação com significado estatístico entre os diferentes hábitos avaliados neste estudo e o género ($p > 0,05$).

Vários estudos afirmam que não existe uma relação entre os diferentes hábitos e o género o que corrobora os resultados obtidos no presente estudo (Batista et al., 2011; Emodi-Perlman et al., 2012; Ghanizadeh et al., 2011; J. H. Rodrigues et al., 2012).

Contudo, no estudo de Barbosa (2015) esta relação foi comprovada.

Tendo em conta o objetivo de procurar uma associação entre tratamento ortodôntico e os diferentes hábitos parafuncionais não foi encontrada literatura que sustenha essa relação, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo, onde não foi comprovada uma relação entre estas duas variáveis.

Com este estudo procurou-se, também, a existência de uma relação entre bruxismo de sono e bruxismo de vigília, onde 31% dos indivíduos que têm bruxismo do sono afirmam, em simultâneo, bruxismo de vigília e vice-versa. Contudo, não foi possível observar se esta relação apresenta significado estatístico.

São vários estudos que confirmam a existência de uma relação entre o bruxismo do sono e de vigília, afirmando que a auto percepção de bruxismo do sono aumenta, significativamente, a probabilidade de existência de bruxismo de vigília e vice-versa (Berger, Szalewski, Szkutnik, & Ginszt, 2016; Cortese, Ph, Fridman, Biondi, & Ed, 2013; Pain, Maurice, & Aviv, 2012; Perlman, Lobbezoo, Zar, & Rubin, 2016; E Winocur, Uziel, Lisha, Goldsmith, & Eli, 2011).

Para Pain *et al.* (2012), 50% dos indivíduos que apresentam bruxismo do sono têm bruxismo de vigília e vice-versa, já para Berger *et al.* (2016) este valor diminui para 46%, sendo estes valores superiores ao obtido no presente estudo (31%).

Segundo o questionário de caracterização da amostra, 27% dos indivíduos com bruxismo utilizam pastilha elástica, na LACO este valor encontra-se aumentado (36%). Estes valores vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Mazzetto *et al.* (2016) em que a prevalência desta relação é de 38%.

A relação entre mascar pastilha elástica e bruxismo não apresenta significado estatístico ($\rho > 0,05$), segundo o questionário de caracterização da amostra. Através da LACO não foi possível observar se esta relação apresenta ou não significado estatístico.

Todavia, estudos anteriores afirmam que existe uma relação entre estes dois hábitos (Cortese *et al.*, 2013; Mazzetto, Ph, S, S, & S, 2016).

Para Mazzetto *et al.* (2016), uma maior prevalência de hábitos parafuncionais em indivíduos com bruxismo, pode sobrecarregar o sistema estomatognático e, consequentemente, levar ao aparecimento de DTM.

Podemos pensar que as diferenças na prevalência dos hábitos parafuncionais entre o presente estudo e os já realizados seja devido aos diferentes critérios de seleção da amostra (tamanho, género e idade).

A LACO avalia mais hábitos do que o questionário de caracterização da amostra. Por esse motivo, os resultados não são semelhantes.

Por outro lado, a LACO, para além de avaliar mais hábitos, avalia a frequência (para cada hábito existem cinco respostas possíveis), enquanto o questionário de caracterização da amostra avalia apenas se o hábito está ou não presente.

Deste modo, existe discrepância nas prevalências dos hábitos estudados pelos dois questionários, como é o caso de mascar pastilha em que, segundo o questionário de caracterização da amostra, está presente em 72% e na LACO 85%.

O questionário de caracterização da amostra construído neste estudo está indicado para caracterizar os hábitos independentemente do tamanho da amostra. Não avalia a frequência, apenas indica se o hábito está ou não presente, facilitando o tratamento estatístico dos dados, uma vez que a amostra não se encontra tão dispersa.

A LACO oferece mais informação sobre os indivíduos, indicando ao Médico Dentista onde deve incidir primeiramente os métodos de prevenção dos hábitos parafuncionais presentes, uma vez que é possível saber qual a frequência de cada um.

Assim, neste estudo observaram-se algumas limitações. A análise estatística das respostas da amostra obtidas a partir da LACO esteve dificultada uma vez que cada hábito apresenta cinco respostas possíveis fazendo com que a amostra fique muito dispersa e, consequentemente, impossibilitando a realização do teste χ^2 . Deste modo, este questionário para caracterização de uma amostra deve ser aplicado em amostras superiores à do presente estudo ($n=250$), para que seja possível realizar os testes de estatística inferencial.

Foi impossível comparar com precisão as prevalências com os outros estudos, visto que foram utilizados questionários e metodologias distintas.

É de salientar que o diagnóstico de bruxismo foi feito apenas por um questionário, sem qualquer exame clínico, apresentado desta forma um diagnóstico possível. Segundo Perlman *et al.* (2016) para obter um diagnóstico definitivo teria sido necessário realizar exames mais específicos tais como: polissonografia (diagnosticar bruxismo do sono) e eletromiografia (diagnosticar bruxismo de vigília).

CONCLUSÃO

Tendo em conta o presente estudo é possível concluir:

- ✓ O hábito mais prevalente no questionário de caracterização da amostra é mascar pastilha elástica (72%), enquanto na LACO é comer entre refeições e bocejar (96%).
- ✓ Os resultados obtidos a partir da LACO e do questionário de caracterização da amostra são diferentes.
- ✓ Não foi encontrada uma relação entre os diferentes hábitos parafuncionais avaliados e o género.
- ✓ Existe diferença nos hábitos mais prevalentes entre cada ano do curso do MIMD.
- ✓ Segundo o questionário de caracterização da amostra, existe uma relação entre morder a língua bochechas ou lábios e roer unhas, lápis ou canetas com o ano do MIMD.
- ✓ Não foi encontrada uma relação entre os diferentes hábitos parafuncionais e tratamento ortodôntico.
- ✓ Não existe relação entre mascar pastilha elástica e bruxismo.
- ✓ Não foi comprovada a existência de uma relação entre bruxismo do sono e bruxismo de vigília.

Futuramente seria interessante avaliar:

- Prevalência de DTM nos indivíduos que apresentem um ou mais hábitos parafuncionais, comparando com os indivíduos que não apresentam qualquer hábito e procurando, deste modo, uma relação entre DTM e os diferentes hábitos parafuncionais.
- Influência do grau académico na prática dos diferentes hábitos parafuncionais.

BIBLIOGRAFIA

- Aboalshamat, K., Hou, X., & Stradl, E. (2015). Psychological well-being status among medical and dental students in Makkah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Med Teach*. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1006612>
- Akhter, R., Hassan, N. M. M., Nameki, H., Nakamura, K., Honda, O., & Morita, M. (2004). Association of dietary habits with symptoms of temporomandibular disorders in Bangladeshi adolescents. *Journal of Oral Rehabilitation*, 31(8), 746–753. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2004.01420.x>
- Almeida, A. M., Fonseca, J., & Félix, S. (2016). *Dor Orofacial e Disfunções Temporomandibulares: Tratamento Farmacológico* (1ª Edição).
- Alzarea, B. K. (2015). Temporomandibular disorders (TMD) in edentulous patients: A review and proposed classification (Dr. Bader's classification). *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(4), 6–9. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13535.5826>
- Amorim, M. I. T., & Jorge, A. I. L. (2016). Association between temporomandibular disorders and music performance anxiety in violinists. *Occupational Medicine Advance Access*. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw080>
- Article, O., Murad, B., Sepah, N. G., & Ahmad, T. (2016). PARAFUNCTIONAL HABITS AMONG UNDERGRADUATE CLINICAL STUDENTS AND HOUSE OFFICERS AT KHYBER COLLEGE OF DENTISTRY. *JKCD*, 6(2).
- Attallah, M. M., Visscher, C. M., Selms, M. K. A. V. A. N., & Lobbezoo, F. (2014). Is there an association between temporomandibular disorders and playing a musical instrument? A review of literature. *Journal of Oral Rehabilitation*, (1), 532–541. <https://doi.org/10.1111/joor.12166>
- Bárbara, E., Fonseca, A., Teixeira, M. C., Thomaz, E. B. A. F., Cangussu, M. C. T., & Assis, A. M. O. (2013). Malocclusion and deleterious oral habits among adolescents in a developing area in northeastern Brazil. *Brazilian Oral Research*, 27(1), 62–9. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012005000027>

- Barbosa, C. (2015). *Estudo Epidemiológico da Prevalência de Disfunções Temporomandibulares e Avaliação de Factores de Risco, em Estudantes Universitários do Distrito do Porto*.
- Barbosa, L., Lucena, S. De, Sávio, P., & Góes, A. De. (2006). Validation of the Portuguese version of the RDC / TMD Axis II questionnaire Validação do questionário RDC / TMD Eixo II em português. *Brazilian Oral Research*, 20(4).
- Batista, U. D., Delano, F., Forte, S., Verificar, O., & Federal, U. (2011). Prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes universitários. *Rev Gaúcha Odontol*, 59(2), 201–208.
- Baum, A., & Contrada, R. (2011). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health*. Springer Publishing Company.
- Berger, M., Szalewski, L., Szkutnik, J., & Ginszt, M. (2016). ScienceDirect Different association between specific manifestations of bruxism and temporomandibular disorder pain. *Polish Neurological Society*, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2016.08.008>
- Blanco-Hungría, A., Blanco-Aguilera, A., Blanco-Aguilera, E., Serrano-Del-Rosal, R., Biedma-Velázquez, L., Rodríguez-Torronteras, A., & Segura-Saint-Gerons, R. (2016). Prevalence of the different Axis I clinical subtypes in a sample of patients with orofacial pain and temporomandibular disorders in the Andalusian Healthcare Service. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal*, 21(2), e169–e177. <https://doi.org/10.4317/medoral.20854>
- Chisnoiu, A., Lascu, L., Pascu, L., Georgiu, C., & Chisnoiu, R. (2015). Emotional stress evaluation in patients with temporomandibular joint disorder. *International Journal of the Bioflux Society*, 7(2), 104–107. Retrieved from <http://www.hvm.bioflux.com.ro/>
- Correia, D., & Real-dias, M. C. (2014). An association between temporomandibular disorder and gum chewing. *General Dentistry*.
- Cortese, S. G., Ph, D., Fridman, D. E., Biondi, A. M., & Ed, M. S. (2013). Frequency of Oral Habits , Dysfunctions , and Personality Traits in Bruxing and Nonbruxing Children : A Comparative Study. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*, 31(4), 283–290.

- Divaris, K., Mafla, A. C., Villa-Torres, L., Sánchez-Molina, M., Gallego-Gómez, C. L., Vélez-Jaramillo, L. F., ... Polychronopoulou, A. (2013). Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. *BMC Medical Education*, 13, 91. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-91>
- Emodi-Perlman, A., Eli, I., Friedman-Rubin, P., Goldsmith, C., Reiter, S., & Winocur, E. (2012). Bruxism, oral parafunctions, anamnestic and clinical findings of temporomandibular disorders in children. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(2), 126–135. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2011.02254.x>
- Farella, M., Bakke, M., Michelotti, a, & Martina, R. (2001). Effects of prolonged gum chewing on pain and fatigue in human jaw muscles. *European Journal of Oral Sciences*, 109(2), 81–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11347660>
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 48(4), 237–250. <https://doi.org/10.1093/occmed/48.4.237>
- Ferreira, F. M., Simamoto-Júnior, P. C., Novais, V. R., Tavares, M., & Fernandes-Neto, A. J. (2014). Correlation between temporomandibular disorders, occlusal factors and oral parafunction in undergraduate students. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 13(4), 281–287. <https://doi.org/10.1590/1677-3225v13n4a08>
- Figueiredo Cavalcanti, R., Studart, L. M., Kosminsky, M., Sávio, P., & De Goes, A. (2010). Validation of the multimedia version of the RDC/ TMD axis II questionnaire in Portuguese. *J Appl Oral Sci*, 18(3)(3), 231–6. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572010000300006>
- Fonseca, J., Divaris, K., Villalba, S., Pizarro, S., Fernandez, M., Codjambassis, A., ... Polychronopoulou, A. (2013). Perceived sources of stress amongst Chilean and Argentinean dental students. *European Journal of Dental Education*, 17(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/eje.12004>
- Galán, F., Ríos-Santos, J.-V., Polo, J., Rios-Carrasco, B., & Bullón, P. (2014). Burnout, depression and suicidal ideation in dental students. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal*, 19(3), e206-11. <https://doi.org/10.4317/medoral.19281>

- Ghanizadeh, A., Shekoohi, H., Tanaka, O., Vitral, R., Tanaka, G., Guerrero, A., ... Savasir, B. (2011). Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC Research Notes*, 4(1), 116. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-116>
- Hamberg, L., & Meurman, J. H. (2012). Temporomandibular Disorders : Symptoms. *Music and Medicine*, 4(3), 171–176. <https://doi.org/10.1177/1943862112445796>
- Hospital, W. (2011). Development of temporomandibular disorder symptoms : a 3-year cohort study of university students. *Journal of Oral Rehabilitation*, 38, 395–403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02195.x>
- Humphris, G., Blinkhorn, A., Freeman, R., Gorter, R., Hoad-Reddick, G., Murtomaa, H., ... Splieth, C. (2002). Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. *European Journal of Dental Education*. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2002.060105.x>
- Jurkat, H., Hofer, S., Richter, L., Cramer, M., & Vetter, A. (2011). Quality of life, stress management and health promotion in medical and dental atudents. A comparative study.
- Lavigne, G. J., Khoury, S., Abe, S., Yamaguchi, T., & Raphael, K. (2008). Bruxism physiology and pathology: An overview for clinicians. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), 476–494. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x>
- Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Glaros, A. G., Kato, T., Koyano, K., & Lavigne, G. J. (2013). Bruxism defined and graded: an international consensus. *Journal of Oral Rehabilitation*, 40, 2–4. <https://doi.org/10.1111/joor.12011>
- LR, B., RJ, L.-F., G, A., Jr, A. R., & SR, G. (2009). Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. *Indian J Dent Res.*, 20(2). <https://doi.org/10.4103/0970-9290.52901>.
- Manfredini, D. (2010). *Current Concepts on Temperomandibular Disorders*.

- Manfredini, D. (2016). Why not stop looking at bruxism as a black / white condition ? Etiology could be unrelated to clinical consequences Oral Rehabilitation Why not stop looking at bruxism as a black / white condition ? Aetiology could be unrelated to clinical consequences. *Journal of Oral Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1111/joor.12426>
- Manfredini, D., Ahlberg, J., & Lobbezoo, F. (2014). Diagnostic accuracy of portable instrumental devices to measure sleep bruxism : a systematic literature review of polysomnographic studies. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41, 836–842. <https://doi.org/10.1111/joor.12207>
- Manfredini, D., Bucci, M. B., & Nardini, L. G. (2007). The diagnostic process for temporomandibular disorders. *Stomatologija, Baltic and Maxillofacial Journal*, 9(2), 35–39. <https://doi.org/072-01> [pii]
- Manfredini, D., & Lobbezoo, F. (2008). Relationship between bruxism and temporomandibular disorders : a systematic review of literature from 1998 to. *YMOE*, 109(6), e26–e50. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.02.013>
- Maroco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazao, M. J., & Campos, J. (2016). [Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level]. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6460>
- Mazzetto, D. D. S., Ph, D., S, S. N. D. D., S, T. N. D. D., & S, É. T. M. D. D. (2016). Comparison Study by Severity of Bruxism. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*, 9634(April 2017). <https://doi.org/10.1080/08869634.2001.11746160>
- Melchior, M. D. O., Mazzetto, M. O., & Felício, C. M. De. (2012). Temporomandibular disorders and parafunctional oral habits : An anamnestic study. *Dental Press Journal of Orthodontis*, 17(2), 83–89. <https://doi.org/10.1590/S2176-94512012000200016>
- Michelotti, A., Cioffi, I., Festa, P., Scala, G., & Farella, M. (2010). Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37(3), 157–162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.02033.x>

- Monteiro, D. R., Renato, P., Zuim, J., Pesqueira, A., Ribeiro, P., & Dds, G. (2011). Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. *Journal of Prosthodontic Research*, 55, 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.jpjor.2010.11.001>
- Motghare, V., Kumar, J., Kamate, S., Kushwaha, S., Anand, R., Gupta, N., ... Singh, I. (2015). Association Between Harmful Oral Habits and Sign and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders Among Adolescents. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 9(8), ZC45-ZC48. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12133.6338>
- Neto, J. S., Almeida, C. De, Bradasch, E. R., Cássia, L., & Jacob, B. (2009). Ocorrência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em músicos Occurrence of signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, 14(3), 362–366.
- Norton, N. S. (2012). *Netter Atlas da Cabeça e Pescoço* (2ª).
- Ohrbach, R., Beneduce, C., Markiewicz, M., & McCal, W. (2004). Psychometric properties of the Oral Behaviors Checklist: preliminary findings. *J Dent Res*, 83(special issue A).
- Okeson, J. P. (2013). *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion* (7th ed.).
- Okeson, J. P. (2014). *Bell's Oral and Facial Pain* (7th ed.).
- Pacan, P., Grzesiak, M., Reich, A., Kantorska-Janiec, M., & Szepietowski, J. C. (2014). Onychophagia and onychotillomania: Prevalence, clinical picture and comorbidities. *Acta Dermato-Venereologica*, 94(1), 67–71. <https://doi.org/10.2340/00015555-1616>
- Pain, O., Maurice, T., & Aviv, T. (2012). Oral Rehabilitation Self-reported bruxism and temporomandibular disorders: findings from two specialised centres. *Journal of Oral Rehabilitation*, (7). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2011.02281.x>
- Pampel, M., Jakstat, H. A., & Ahlers, O. M. (2014). Impact of sound production by wind instruments on the temporomandibular, 48, 27–35. <https://doi.org/10.3233/WOR-131621>

- Peck, C. C., Goulet, J.-P., Lobbezoo, F., Schiffman, E., Alstergren, P., Anderson, G. C., ... List, T. (2014). Expanding the Taxonomy of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(1), 2–23. <https://doi.org/10.1111/joor.12132>. Expanding
- Perlman, A. E., Lobbezoo, F., Zar, A., & Rubin, P. F. (2016). Self-Reported bruxism and associated factors in Israeli adolescents. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43, 443–450. <https://doi.org/10.1111/joor.12391>
- Pinto Leal, M. (1998). *Stress e Burnout*. Porto.
- Poveda Roda, R., Bagán, J. V., Díaz Fernández, J. M., Hernández Bazán, S., & Jiménez Soriano, Y. (2007). Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 12(4), 292–298.
- R. Deeb, G., Braun, S., Carrico, C., Kinser, P., Laskin, D., & Golob Deeb, J. (2017). Burnout, depression and suicidal ideation in dental and dental hygiene students. *Eur J Dent Educ*, 5. <https://doi.org/10.1111/eje.12259>
- Reinhardt, R., Ph, D., Tremel, T., Ph, D., Reinhardt, W., & Ph, D. (2006). The Unilateral Chewing Phenomenon, Occlusion, and TMD. *The Journal of Craniomandibular Practice*, 24(3), 166–170.
- Reissmann, D. R., John, M. T., Schierz, O., & Wassell, R. W. (2007). Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. *Journal of Dentistry*, 35(8), 643–650. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2007.04.010>
- Robin, O., & Chiomento, A. (2011). Prevalence of risk factors for temporomandibular disorders: a retrospective survey from 300 consecutive patients seeking care for TMD in a French dental school. *International Journal of Stomatology & Occlusion Medicine*, 3(4), 179–186. <https://doi.org/10.1007/s12548-011-0066-8>
- Rodrigues, C. A., Magri, L. V., Melchior, M. de O., & Mazzetto, M. O. (2015). Evaluation of the impact on quality of life of patients with temporomandibular disorders. *Revista Dor*, 16(3), 181–185. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150036>

- Rodrigues, J. H., Biasotto-Gonzalez, D. A., Bussadori, S. K., Mesquita-Ferrari, R. A., Fernandes, K. P. S., Tenis, C. A., & Martins, M. D. (2012). Signs and symptoms of temporomandibular disorders and their impact on psychosocial status in non-patient university student's population. *Physiotherapy Research International*, 17(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/pri.508>
- Rouvière, H., & Delmas, A. (2005). *Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica y Funcional* (11ª).
- Santos, J. M., Zagalo, C., Cavacas, A., Silva, A. J. S., Evangelista, J. G., Oliveira, P., & Tavares, V. (2010). *Anatomia da Cabeça e Pescoço e Anatomia Dentária* (1ª).
- Sanz, D., Fonseca, J., & Oliveira, T. (2015). *Disfunções Temporomandibulares: Uma Abordagem Multidisciplinar* (2ª).
- Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J.-P., ... Dworkin, S. F. (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 28(1), 6–27. <https://doi.org/10.11607/jop.1151>
- Schmitter, M., Liedl, M., Beck, J., & Rammelsberg, P. (2008). Chronic stress in medical and dental education. <https://doi.org/10.1080/01421590701769571>
- Serra-negra, J. M., Scarpelli, A. C., Tirsá-costa, D., Guimarães, H., Pordeus, I. A., & Paiva, S. M. (2014). Sleep Bruxism , Awake Bruxism and Sleep Quality among Brazilian Dental Students : A Cross-Sectional Study. *Brazilian Dental Journal*, 25(3), 241–247.
- Smriti, B. J. (2014). Association between Symptoms of Temporomandibular Disorders and Gender , Morphological Occlusion , and Psychological Factor in Dental Student ' s. *International Journal of Scientific Study*, 2(6).
- Tabrizi, R., Karagah, T., Aliabadi, E., & Hoseini, S. A. (2014). Does Gum Chewing Increase the Prevalence of Temporomandibular Disorders in Individuals With Gum Chewing Habits? *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25(5), 2012–2015. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000000993>

- Van Der Meulen, M. J., Lobbezoo, F., Aartman, I. H. A., & Naeije, M. (2014). Validity of the Oral Behaviours Checklist: Correlations between OBC scores and intensity of facial pain. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(2), 115–121. <https://doi.org/10.1111/joor.12114>
- Weijenberg, R. A. F., & Lobbezoo, F. (2015). Chew the Pain Away: Oral Habits to Cope with Pain and Stress and to Stimulate Cognition. *BioMed Research International*, 2015, 149431. <https://doi.org/10.1155/2015/149431>
- Winocur, E., Gavish, A., Finkelshtein, T., Halachmi, M., & Gazit, E. (2001). Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 28(7), 624–629. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.2001.00708.x>
- Winocur, E., Littner, D., Adams, I., & Gavish, A. (2006). Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents: a gender comparison. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 102(4), 482–487. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.11.007>
- Winocur, E., Uziel, N., Lisha, T., Goldsmith, C., & Eli, I. (2011). Self-reported Bruxism - associations with perceived stress , motivation for control , dental anxiety and gagging *. *Journal of Oral Rehabilitation*, 38(6), 3–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02118.x>
- Wu, J., Zhang, C., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Leng, W., ... Deng, M. (2017). Acupuncture therapy in the management of the clinical outcomes for temporomandibular disorders, 9(October 2016).
- Yeler, D. Y., Yılmaz, N., Koraltan, M., & Aydın, E. (2016). A survey on the potential relationships between TMD , possible sleep bruxism , unilateral chewing , and occlusal factors in Turkish university students. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*, 9634(October), 1–7. <https://doi.org/10.1080/08869634.2016.1239851>

ANEXOS

Anexo 1- Aprovação da Comissão de Ética

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 554

Ex.ma Senhora
Beatriz Simões Barros

Monte de Caparica, 15 de março de 2017.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Avaliação dos comportamentos orais deletérios dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do ISCSEM”**, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

Anexo 2-Questionário de Caracterização da Amostra

Avaliação dos comportamentos orais deletérios dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do ISCSEM.

Nº do questionário: _____

Questionário de caracterização da amostra

Sexo: F ☐ M ☐

Idade: _____

Ano do curso: 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐

Fez ou está a fazer tratamento ortodôntico? Sim ☐ Não ☐

Conhecimento de hábitos deletérios

Tem algum dos seguintes hábitos? Sim Não

<i>Ranger ou apertar os dentes</i>		
<i>Roer unhas, canetas ou lápis</i>		
<i>Morder língua, bochechas ou lábios</i>		
<i>Mascar pastilha elástica</i>		
<i>Pôr a mão por baixo da face enquanto dorme</i>		

Anexo 3-Questionário Oral Behavior Check-List-Portuguese

LISTA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ORAIS

Com que frequência faz cada uma das seguintes actividades, **tendo como base o último mês**? Se a frequência da actividade varia, escolha a opção mais elevada. Por favor, coloque um (✓) em cada item de resposta e não avance nenhum item.

Actividades durante o sono		Nenhum tempo	< 1 noite/mês	1-3 noites/mês	1-3 noites/semana	4-7 noites/semana
1	Aperta ou range os dentes durante o sono , baseado em qualquer informação que possa ter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Dorme numa posição em que coloca pressão na mandíbula, isto é, no maxilar inferior (por exemplo, de barriga para baixo, de lado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividades durante as horas em que está acordado		Nenhum tempo	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
3	Range os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Aperta os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Pressiona, toca ou mantém os dentes em contacto sem que seja para comer (isto é, contacta os dentes superiores com os inferiores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Segura, aperta ou cria tensão muscular sem apertar ou encostar os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mantém ou projecta a mandíbula (i.e. maxilar inferior) para a frente ou para o lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Pressiona com força a língua contra os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Coloca a língua entre os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Morde, mastiga ou brinca com a sua língua, bochechas ou lábios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Mantém a mandíbula (i.e. maxilar inferior) numa posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mantém entre os dentes ou morde objectos, tais como, cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Utiliza pastilha elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Toca instrumento musical que envolva o uso da mandíbula (i.e. maxilar inferior) ou boca (por exemplo, instrumentos de sopro, metal ou madeira, ou instrumentos de corda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Inclina-se com a mandíbula (i.e. maxilar inferior) sobre a sua mão, por exemplo, em concha ou a descansar o queixo na mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mastiga a comida só de um lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Come entre refeições (isto é, comida que requeira mastigação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensina, vende, apoio ao consumidor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Canta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Boceja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Segura o telefone entre a sua cabeça e os ombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4-Termo de Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, 7 de Fevereiro de 2017

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor Ignacio Barbero e co-orientação do professor Doutor Sérgio Félix e Mestre André Mariz de Almeida, solicita-se autorização para a participação no trabalho de investigação a alunos de Medicina Dentária com o objetivo de avaliar os Hábitos Oraís dos alunos de Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como caracterização dos hábitos deletérios dos alunos de Medicina Dentária do ISCSEM ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)